



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES**

**CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO MAYOR: UNA PROPUESTA DE  
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL.**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

**PRESENTA:**

**YESENIA SALAZAR SERRATO**

**TUTORA:**

**Mgtr. JACKELINE CANTOR J.**

**SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA**

**2020**

# Índice

|  |    |
|--|----|
| Introducción .....   | 1  |
| 1. Justificación.....  | 2  |
| 2. Antecedentes .....  | 4  |
| 2.1 Estado de la cuestión.....   | 4  |
| 2.2 Marco de referencia política pública - políticas del adulto mayor .....                    | 11 |
| 3. Referentes conceptuales .....   | 14 |
| 3.1 Concepción de vejez.....   | 14 |
| 3.2 Desarrollo psicológico en la vejez .....   | 16 |
| 3.3 Adulto mayor y subjetividad.....   | 20 |
| 3.4 Cuidado del adulto mayor y el lazo social .....  | 22 |
| 4. Diagnóstico de la problemática .....  | 25 |
| 4.1 Uso del espacio físico.....  | 27 |
| 4.2 Concepción de vejez.....   | 32 |
| 4.3 Vínculo entre auxiliar de enfermería y adulto mayor.....                                   | 34 |
| 4.4 Propuesta de modelo u oferta de atención y cuidado de la institución.....                  | 39 |
| 4.4.1 Marco de Normas instituidas que rigen la propuesta observada .....                       | 39 |
| 4.4.2 Actividades propuestas en el Hogar geriátrico.....                                       | 42 |
| 4.5 El adulto mayor y la realidad .....  | 45 |
| 5. Propuesta de intervención .....   | 47 |
| 5.1 Presentación de la propuesta de intervención.....  | 47 |
| 5.2 Objetivos de la Intervención .....   | 49 |
| 5.2.1 Objetivo general .....   | 49 |
| 5.2.2 Objetivos específicos.....   | 49 |
| 5.3 Referencia conceptual .....  | 50 |
| 5.3.1 Representación de vejez y adulto mayor.....  | 51 |
| 5.3.2 Tipo de interacción entre adulto mayor y cuidadores .....                                | 51 |
| 5.3.3 Aprendizaje Dialógico.....   | 52 |
| 5.4 Escenario de intervención - población .....  | 55 |
| 5.5 Metodología .....  | 56 |
| 5.5.1 Mesas de discusión.....  | 57 |
| 5.5.2 Tertulias dialógicas .....   | 57 |
| 5.5.3 Diario dialógico.....  | 58 |
| 5.6 Fases de la propuesta de intervención .....  | 59 |
| 5.6.1 Fase 1 - Identificación de concepciones preestablecidas sobre vejez y adulto mayor. .... | 60 |
| 5.6.2 Fase 2 - Problematicar las concepciones y prácticas de cuidado del adulto mayor. ....    | 63 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.6.3 Fase 3 - Replantear la forma de interacción con el adulto mayor en las prácticas de cuidado y atención que ofrecen las cuidadoras..... | 71  |
| 6. Resultados esperados.....   | 75  |
| 7. Conclusiones y recomendaciones.....   | 76  |
| Referencias bibliográficas .....   | 79  |
| ANEXO 1 - Entrevistas.....   | 87  |
| Entrevista a administrador de Hogar geriátrico 1.....  | 87  |
| Entrevista a administradora de Hogar geriátrico 2.....   | 101 |
| ANEXO 2 – Notas de campo .....   | 121 |
| Notas de campo Hogar 1 .....   | 121 |
| Notas de campo Hogar 2 .....   | 125 |

# **CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO MAYOR: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL.**

*Una propuesta de cuidado integral a un grupo de adultos mayores, personas mayores de 60 años, de un hogar geriátrico en la ciudad de Cali, con un enfoque que dé lugar a lo subjetivo del adulto mayor y favorezca vínculos sociales y familiares.*

*‘No sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos’*

*Beauvoir, 1970, p. 11*

## **Introducción**

En la actualidad el incremento de personas mayores de 60 años en el mundo, como resultado de la prolongación de la vida por medio del saber médico, plantea retos de atención y cuidado para esta población. De acuerdo con Goslinga (2001) hasta la revolución industrial la población de adultos mayores no superaba el 3% de la población, mientras que actualmente en el mundo desarrollado el porcentaje asciende al 14% y para el 2030 se esperaría que llegue hasta el 25% o 30% según datos de las Naciones Unidas. El caso latinoamericano sigue esta tendencia en donde, de acuerdo con Castellanos (2014), el porcentaje de la población de adultos mayores de 60 años en el 2015 alcanzaba el 11.2% y para el año 2040 se espera que sea de un 21%. Estos datos muestran una realidad, la población está viviendo por más tiempo.

Ante este escenario es importante considerar las condiciones en las que están envejeciendo las personas, las formas en las que se está pensando la prevención de enfermedades crónicas y/o los nuevos programas o modelos de cuidado ofrecidos al adulto mayor que ahora vive por más tiempo. Frente a esto último, se debe tener en cuenta que la extensión de la esperanza de vida promueve una vida menos mortal, pero con vivencias de enfermedades crónicas, lo que llevará al adulto mayor a requerir cuidados especializados y

por periodos prolongados (Buch, 2015, Cabrales 2013). De aquí que se torne relevante pensar sobre las propuestas actuales relacionadas con el cuidado al adulto mayor, en particular, y para efectos de este trabajo, de aquellos quienes están en hogares geriátricos y requieren una atención permanente. Por consiguiente, en este documento se planteará una intervención con las personas que cuidan a los adultos mayores en este tipo de instituciones, que permita que en ellas se dé una reflexión sobre las prácticas de cuidado, el tipo de interacción con el adulto mayor y el lugar que se otorga a éste en esa interacción; basando esta propuesta en el marco del modelo dialéctico-contextual y haciendo uso de herramientas del enfoque dialógico.

Lo anterior se propone como resultado del análisis de la propuesta de dos hogares geriátricos de la ciudad de Cali, en los cuales se encontró de forma general que los discursos y prácticas de cuidado por parte del personal del hogar se establecen desde una perspectiva asistencialista lo que promueve momentos de dependencia y una experiencia de vida en el hogar geriátrico que anula la participación del adulto mayor en tanto se consolida una representación del mismo relacionado con lo patológico, al ser concebido, solamente, como una persona que padece deterioros físicos y psicológicos y que carece de capacidades y habilidades para dar sentido y/o resignificar su realidad.

## **1. Justificación**

En la medida que la población envejece a un ritmo acelerado, en comparación con años precedentes<sup>1</sup>, se hace importante replantear propuestas de cuidado existentes, que se relacionan con un proceso de envejecimiento basado en el abordaje del deterioro biológico o afectación en la salud psíquica, y orientar el pensamiento hacia propuestas con un enfoque en el cual se tenga en cuenta una participación activa del adulto mayor sobre las actividades

---

<sup>1</sup> OMS, 2017

y prácticas de cuidado que le conciernan. El proceso de envejecimiento trae en sí un cambio en la cotidianidad, en la rutina del adulto mayor, en su actividad, que posteriormente devendrá una nueva habituación sobre sus acciones y rol en la sociedad (Berger & Luckmann, 2001). Esto significa comprender que la vejez implica la asunción de pérdidas no sólo de capacidades físicas, sino también del rol social, lo cual se presenta como una crisis de esta etapa del desarrollo (Villar, 2003; Rodríguez, 2010), puesto que esta pérdida de capacidades representa, a su vez, una pérdida de independencia y de autonomía (Valdez, Román y Cubillas, 2005, citados en Molina, Uribe y Valderrama, 2007).

Durante el proceso de envejecimiento, los cambios en las capacidades tanto física y mental, como en la funcional (posibilidad de ser y hacer en relación con su entorno) son experimentadas por cada individuo de diversas maneras, sin embargo, pese a las formas diferentes de experimentar estos cambios, existe una mayor tendencia de que las afectaciones de salud del adulto mayor promuevan una menor autonomía en su cotidianidad y, posteriormente, una menor participación social del mismo (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2015).

Debido a lo anterior, se hace necesario crear propuestas de atención al adulto mayor que tenga en cuenta estas vivencias de cambios físicos y psíquicos surgidos en el proceso de envejecimiento, en las cuales las prácticas de cuidado no necesariamente incrementen los momentos de dependencia ni disminuyan o anulen la participación social del adulto mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior, y para propósitos de la propuesta a desarrollar en este documento, se realizó un análisis de las prácticas de atención y cuidado al adulto mayor en dos hogares geriátricos de la ciudad de Cali, ambos con capacidad de atención a 30 adultos mayores y con auxiliares de enfermería como el personal capacitado para las actividades de atención y cuidado. Este análisis permitió comprender en qué forma se vive la vejez en estos espacios y, frente a esto, comprender mejor las creencias que constituyen

las prácticas de cuidado que se realizan. Desde esta comprensión se tendrá los insumos para generar espacios de reflexión sobre las prácticas de cuidado, en busca de lograr una transformación sobre las formas de interacción entre el adulto mayor y las cuidadoras, de prácticas asistencialistas a prácticas que reconozcan al adulto mayor como sujeto de cuidado, a la vez de que le hagan partícipe desde el reconocimiento como un sujeto con capacidades, que tiene historia y que es relevante para la interacción en la práctica de cuidado misma.

## **2. Antecedentes**

### **2.1 Estado de la cuestión**

Sobre el cuidado de adultos mayores en hogares geriátricos hay estudios que evidencian muchas de las actividades que se realizan en estos espacios y cómo pueden facilitar la construcción de vínculos sociales. Un ejemplo de estos estudios es el realizado por Giai (2015), en el cual se observa la convivencia en un hogar geriátrico y en el que se encontró que las actividades recreativas externas eran las preferidas por el grupo de adultos mayores, sobre todo por quienes llevaban menor tiempo de estadía en el centro. Esto debido a que este tipo de actividades respondían a la necesidad de socialización entre los ancianos con sus familiares, lo que les permitía experimentar más estados vivenciales positivos.

Así mismo, el estudio psicosociológico de Moral (2017) destaca la importancia de permitir que el adulto mayor sea un sujeto activo en la sociedad en tanto puede tener una participación social y comunitaria activa. En este estudio la mirada del envejecimiento está puesta en la actividad y la superación de la visión de decadencia y pérdida de esta etapa del desarrollo humano, tomando como base el paradigma de *envejecimiento productivo* que puede entenderse desde la perspectiva que define Butler, citado en Moral (2017), como “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse independiente como sea posible”(p. 6). Un ejemplo de este paradigma explica Moral (2017), son las redes de apoyo

social basadas en la reciprocidad intrafamiliar e intergeneracional que existen en sociedades europeas y latinoamericanas, destacando lo valioso de estos programas en tanto involucran vínculos en niveles socioafectivos y promueven una entrega e interacción humana.

Desde esta comprensión sobre el envejecimiento que propone Moral (2017) es importante resaltar las dimensiones del adulto mayor que abarca, pues adopta una posición que busca comprender y desmitificar aquellas concepciones reduccionistas de la vejez basados en los criterios de la edad, favoreciendo así un acercamiento a la realidad psicosocial del adulto mayor. De esta manera, esta autora se detiene en la distinción sobre las edades a las que se podría referir cuando se habla de vejez: edad cronológica que refiere al número de años; edad biológica refiriéndose al avance en envejecimiento de su organismo; la edad psicológica, que refiere a lo que psíquicamente puede ganar (experiencia y aprendizajes) y perder (procesos psicológicos superiores como memoria, por ejemplo) que impacta sobre la personalidad del adulto mayor; y la edad social, su competencia social en tanto cuenta con una relación social con otros o deba hacer frente a las ausencias de las personas con quien tenía contacto. Incluso alude a la edad funcional que intenta dar cuenta de la capacidad de la persona para desenvolverse en el medio social comunitario.

En esta vía de otorgar atención a las diferentes dimensiones del adulto mayor (bio-psico-social), Waigand y Broeders (2019) manifiestan en sus reflexiones sobre las estrategias de intervención con Adultos Mayores en situaciones de vulnerabilidad, desde el equipo interdisciplinario de la Dirección de Promoción, Protección y Restitución de Derechos de Personas Adultas Mayores del Municipio de Quilmes, las tensiones que surgen sobre estas intervenciones cada vez que la demanda no involucra al adulto mayor y es realizada por terceros. Estas autoras indican que aunque se piense en el bienestar del adulto mayor, también se suele excluir al mismo en las intervenciones que se realizan con ellos al terminar adjudicándoles planes o acciones con propósitos que son rechazados por la

población a intervenir o no los asumen como propios; ubicando al adulto mayor en un lugar cargado de significados que llevan a prejuicios o, como dicen las autoras, de ‘viejismos’, entendiéndola última como las valoraciones negativas acerca de la vejez.

Estas tensiones se hacen más evidentes, plantean Waigand y Broeders (2019), cuando el adulto mayor no percibe la ayuda o la intervención como una demanda propia o algo que requiera y que al no estar involucrado en la misma, le resulta mejor resistirse ante una propuesta que no le genera sentido en cuanto a su bienestar refiere. Un escenario que conlleva a promover un empobrecimiento de la construcción subjetiva del adulto mayor en tanto no se tiene en cuenta el universo de significados, valores, bienes culturales y experiencias de vida de las que dispone y ha construido en su vida, haciendo que sus vínculos e intercambios sociales disminuyan y se le excluya de espacios socialmente valorados.

De estas reflexiones de Waigand y Broeders (2019), las autoras reiteran lo importante de abarcar cada situación del adulto mayor como un caso singular en donde se tenga en cuenta sus particularidades en relación con la realidad que habita esa persona; a su vez que exponen las siguientes características comunes de quienes viven en escenarios de exclusión, identificadas desde las diferentes atenciones e intervenciones del equipo interdisciplinario en el que participan las autoras:

- *Manejo del tiempo:* En este escenario el adulto mayor termina excluido en cuanto se fortalecen motivaciones inmediatas por planes a corto plazo y la presunción de que en la vejez solo existe el tiempo presente e imposibilita un pensamiento estratégico que dé lugar a proyectos personales o colectivos de mediano o largo plazo.
- *Vínculos:* este escenario plantea lo inestables en que se tornan los vínculos, en tanto se dificulta dar lugar al otro en la medida que no son considerados por otros, lo que conlleva a una ajenidad de lo social y político, en donde no se encuentran reconocidos y refugiarse en su rutina cotidiana resulta más seguro.

- *Actitud:* en este punto, las autoras plantean que el adulto mayor toma una postura de pasividad y resignación frente a su vida, teniendo como convicción que su vida y su realidad no dependen de factores en los que pueda incidir, sino que dependen de procesos que se dan en un lugar externo a su esfera de acción. Esta convicción se vuelve un factor que imposibilita el sujeto ser agente transformador de su realidad, pues se excluye de su vida en la medida que pierde lugar importante para su accionar. Este escenario de exclusión favorece que en la subjetividad del sujeto se configuren representaciones negativas de sí mismo, llevando a un deterioro en su desarrollo personal y provocando mecanismos de defensa violentas ante la desvalorización sentida y asumida.
- *Fragilidad:* este escenario de exclusión es frecuente para los adultos mayores, entendiendo que es el lugar en donde se piensa el sujeto como alguien propenso a sufrir daños como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte, debido a que su reserva fisiológica está disminuida y tiende más a la dependencia en su vida cotidiana. Además, aquellos adultos mayores que no cuentan con ingresos económicos suelen elevar la posibilidad de sufrir daños desde lo social al verse marginados o no contar con los recursos que le permitan una vida digna en su vejez. En este sentido el adulto mayor se ve flagelado física y socialmente al impedirle tener proyectos, actuar de manera autónoma o participar en espacios familiares o sociales, en la medida que se le ubica en el lugar de una persona frágil y que se valora desde sus incapacidades.

Dentro de estos escenarios, la manera en que se interviene puede promover percepciones erróneas desde y hacia el adulto mayor sobre su realidad. Entendiendo que la realidad de un sujeto está mediada por sus esquemas de percepción y construcción histórica de interpretaciones en su relación con otros y su entorno (Waigand y Broeders, 2019), es importante pensar sobre las percepciones e interpretaciones del adulto mayor al momento de hablar de la demanda o de problematizar la situación que se presente y supone requerir

una intervención. Es aquí cuando el campo de intervención se debe convertir en un campo de análisis en el que se busque un camino para identificar la demanda real o encargo que se hace, reconociendo a quienes la hacen y procurando profundizar en este pedido (Manero, 1990, Baremlitt 2005). Esto con el fin de contar con la mayor información posible, sobre todo, involucrando al adulto mayor y poder, así, encaminar la intervención hacia una solución que parta del modo de percibir la realidad de los sujetos, dando atención a sus posibilidades, conocimientos y limitaciones.

Sin embargo, identificar y/o realizar una demanda con esta población es un trabajo que se complejiza cuando el adulto mayor es percibido como un sujeto sin facultades para tomar decisiones sobre su vida cotidiana. En ocasiones las demandas no son emitidas por el adulto mayor si no por un tercero (familiar o vecino) y suelen estar cubiertas por deseos que procuran el bienestar, disminución de una posibilidad de daño, o, incluso, control de comportamientos del adulto mayor (comportamientos violentos, gritos, verborrea, tarareos o gritos frecuentes, entre otros). Como ejemplo, Waigand y Broeders (2019), expusieron uno de los casos de sus reflexiones en la que un adulto mayor en extrema situación de vulnerabilidad, solitario, sin vínculos familiares ni sociales, en condición de discapacidad por disminución en su movilidad y dificultad para realizar actividades cotidianas como cocinar, limpiar su vivienda, o simplemente levantarse de la cama, hicieron que un vecino pidiera ayuda al gobierno para intervención. En este caso, el adulto mayor se resistía a aceptar la ayuda de otros y se negó a ser trasladado de su vivienda a un hogar donde le atendieran. En esta intervención, las autoras cuentan que debieron buscar mecanismos que respaldaran una decisión aún sin el consentimiento del individuo. De esta manera, se respaldaron en el marco legal, evidenciando con análisis médicos y psiquiátricos, para poder decidir el traslado a un hogar donde pudieran atender las necesidades cotidianas del individuo.

En este caso, el equipo de intervención forzó una decisión, atendiendo el derecho a la vida por encima de la autonomía del adulto mayor. Aunque la decisión no fue sencilla, tomaron el camino de profundizar en la demanda interpuesta por un vecino, a fin de comprender la realidad del sujeto. Esta realidad está construida desde un campo habitual de conocimiento que codifica y organiza la vida cotidiana del adulto mayor (Montero, 2004); dicha construcción es atravesada por fenómenos de habituación, familiarización y normalización en sus actividades diarias y en su participación social (Berger & Luckmann, 2001). Dar lugar a estas habituaciones, a lo diverso, lo extraño, permite que sea aceptable y posible admitirlo como el modo de ser de un sujeto, que promueve su discusión y comprensión de manera consciente, en vez de un rechazo o discriminación hacia el sujeto. Esto posibilita soluciones que incluyan al adulto mayor pese a las complejidades que puedan surgir.

No siempre tiene que ser consciente el sujeto sobre su realidad para que la intervención pueda realizarse; pero sí es trabajo del profesional a quien se le confiere el encargo de intervenir dar lugar la percepción de realidad y de sí mismo que ha construido el adulto mayor durante su vida, con el propósito de no excluirle si no encaminarle hacia una solución a su malestar que realmente atienda o incluso reconozca la demanda inconsciente.

Ahora bien, al hablar sobre los servicios orientados a suplir las necesidades del adulto mayor se hace relevante mencionar el trabajo de Gaviglio, Adur y Finauri (2019) en cuanto a su análisis realizado a las observaciones de un hogar geriátrico en Quilmes con relación a cómo la realidad en este hogar (paradigma asilar) puede estar contrapuesta a lo planteado por la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Primero se plantea como el enfoque de derechos humanos promueve un escenario de conciliación entre las necesidades e intereses de los grupos sociales que permita la inclusión

de intereses individuales y sociales, en tanto cada persona, independiente de su edad, pueda aportar de forma activa a la sociedad, gozando de derechos y cumpliendo con deberes sociales. Es decir, que cada persona se concibe como un sujeto social que puede reclamar atención particular a sus necesidades, de acuerdo con su edad, y que se le permita gozar de derechos que se reflejen en su vida cotidiana al ser ejecutados y acatados por la sociedad. Este reclamo es válido en cuanto el sujeto no presente alguna enfermedad patológica que impida o limite su juicio, para lo cual se deberá contar con un diagnóstico médico y psicológico que permita una decisión y asignación de la limitación desde el campo jurídico, así, por ejemplo, los derechos serían reclamados por un familiar o encargado de la persona que no cuente con sus facultades para decidir en su vida.

Lo anterior es importante, resaltan Gaviglio, Adur y Finauri (2019), en cuanto permite a la población de adultos mayores agenciar sus propias demandas y reclamar sus derechos, dejando de ser objetos de intervención a quienes se les adjudicaba un plan y/o programas sociales sin profundizar en sus necesidades particulares. Lo que hacía que los adultos mayores fueran, en su mayoría, enviados a “asilos” (hogares geriátricos) que partían desde la mirada asistencialista y las necesidades de los adultos mayores giraban en torno a atención y cuidados solamente, sin que esto implicara tener en cuenta las necesidades particulares de cada uno. Con la nueva mirada, de un sujeto con derechos, obliga a que en estos lugares o en las intervenciones que se realicen se tuvieran en cuenta las diferentes dimensiones del adulto mayor, no solo las asistenciales (vivienda y manutención), sino también aspectos médicos, sociales, psicológicos, de bienestar, entre otros que sean de relevancia para la vida plena del adulto mayor.

En consecuencia, mencionan los autores, se presentaron resistencias y/o inflexibilidades por parte del personal que cuidaba en este hogar, en cuanto esto nuevo les implicaba comprender aspectos que no requerían de atención antes. En este caso, conforme

a lo que plantea Manero (1990) sobre el análisis institucional, las intervenciones estuvieron orientadas a concebir las formas de atención asistencialistas establecidas (lo instituido) desde la nueva perspectiva (lo instituyente) que traía el nuevo paradigma de derechos humanos.

Como intervención se buscó la comprensión de una atención integral para el adulto mayor por parte de cuidadores y directivas de la institución involucrándolos en el proceso, permitiendo que se incorporaran reglamentos y normas de convivencia por parte de los mismos residentes del hogar, favoreciendo que la práctica de cuidado se volviera algo cotidiano, coherente, equitativo y significativo para todos.

Esta breve recopilación sobre trabajos y reflexiones en relación con los cuidados y los imaginarios sobre la vida del adulto mayor nos permite evidenciar lo amplio que es aún el campo de estudio con esta población tanto en Colombia como en Latinoamérica. Aún nos queda mucho por reflexionar de esta población y su entorno social, los vínculos que construye durante esta etapa y cuál es el mejor acompañamiento que puede brindarse a esta población para darle un lugar diferente al del adulto mayor desvalido en la sociedad.

## **2.2 Marco de referencia política pública - políticas del adulto mayor**

Para afrontar este panorama, cada país reglamenta los cuidados y tratamientos del adulto mayor en tanto respondan al derecho a la vida digna que se declara en los derechos humanos. En cuanto al marco legal que reglamenta la atención del adulto mayor en Colombia, se encuentra en primer lugar la Constitución política de 1991 como base para construir las normas relacionadas con la protección, respeto, garantía y promoción de los derechos de los adultos mayores. Por medio de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 se crea el Sistema de Protección Social que es un conjunto de políticas públicas que buscan disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos. Este sistema vela mínimamente por los derechos a la salud, la pensión y el trabajo. Como encargado del

Sistema de Protección Social, está el Ministerio de la Protección Social que tiene dentro de sus funciones la producción de los lineamientos técnicos y normas para los centros de promoción y protección social para personas mayores, entre otras tareas. A nivel local, corresponde a las alcaldías ejercer la asesoría y vigilancia permanente de los centros de su jurisdicción y reportar cualquier situación relacionada con ellos a las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud (Min. de la Protección Social, República de Colombia, 2008).

En 2007, con la Ley 1171, se buscó promover la participación social del adulto mayor haciéndolo acreedor de múltiples beneficios en educación, recreación y salud, proponiendo descuentos en acceso a servicios, para los casos de educación y recreación, y atenciones prioritarias a las personas mayores de 65 años en los centros de salud, a fin de garantizar tratamientos y medicinas en un tiempo no mayor a 48 horas según la solicitud (Congreso de la República de Colombia, 2007; Ley 1171 de 2007). En el 2008, el Congreso de la República de Colombia decretó la Ley 1251, en la que se busca proteger, promover y defender los derechos del adulto mayor en Colombia, pero para lograr esto, en esta ley se describen mejor los términos relacionados con condiciones especiales concernientes a los procesos biopsicosociales que vive el adulto mayor durante su proceso de envejecimiento y define al adulto mayor como una persona de 60 años en adelante. Esta ley, además, compromete a otros actores diferente a instituciones públicas, pues deja de manifiesto que la protección, promoción y defensa de los derechos del adulto mayor debe darse por parte del Estado, la sociedad civil, la familia, el adulto mayor y todo medio de comunicación, en donde se generen programas y políticas no sólo desde las instancias estatales como Alcaldías o Gobernaciones, sino también desde la ciudadanía, haciendo corresponsables a otros actores en el proceso de cuidado del adulto mayor. Esto se precisa luego en 2009 con la Ley 1315 en la que se establecen las condiciones mínimas para una estadía digna de los adultos

mayores en centros de protección, centros de día e instituciones de atención. Esto ha permitido la creación de hogares públicos y privados para el cuidado del adulto mayor, pero también ha facilitado el aumento de servicios privados de cuidados en casa para el adulto.

A partir de la Ley 1251, se han creado programas para el adulto mayor dentro de los planes de desarrollo de los Municipios, como lo es el Programa *Cultura del envejecimiento* del Plan de Desarrollo de Santiago de Cali 2016-2019<sup>2</sup>, el cual plantea fomentar una cultura de envejecimiento activo y saludable por medio de actividades como: servicio de atención psicosocial, mayor capacidad en hogares geriátricos, formación a cuidadores de adultos mayores, entre otros. La “gestión” de este tipo de políticas sobre el cuidado del adulto mayor se basa en saberes geriátricos, sin necesariamente, tener en cuenta saberes distintos a los sanitarios. Este tipo de planes como poder orientador tiene un fuerte efecto sobre la concepción y ejecución de prácticas de cuidado del adulto mayor en la ciudadanía y la forma de entender el adulto mayor y el proceso de envejecimiento.

Tal como se pretende con respecto a la corresponsabilidad en lo decretado en la Ley 1251 (Art, 4), la salud del adulto mayor requiere del involucramiento de varios actores, pues es un tema del interés social y comunitario en la medida que los adultos mayores son una población cada vez más grande en la sociedad. En las actividades relacionadas a la atención del adulto mayor suele haber presencia del sector salud como responsable de la atención a la salud física y mental del adulto mayor, pero se evidencia ausencia o poca participación de la comunidad, en tanto son actores menos responsables dentro de las propuestas estatales, pues aunque hay una política que en lo teórico promueve mayor participación comunitaria, en la práctica le quita participación al tener como actor responsable a un grupo de personas capacitadas o formadas en el saber geriátrico (enfermeros, médicos, gerontólogos), es decir desde un saber ubicado como experto (Castro, 2013), dentro de sus programas, dejando de

---

<sup>2</sup> [http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/114694/plan\\_desarrollo\\_municipal\\_2016\\_2019/](http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/114694/plan_desarrollo_municipal_2016_2019/)

lado en sus programas a personas de la comunidad que pueden aportar desde sus vivencias. De acuerdo con Desviat (2016), se puede decir que en lo relacionado con la salud de parte de un grupo etario que hace parte de la comunidad, también debe tenerse en cuenta a habitantes de la misma comunidad, pues serán ese lazo social soporte del adulto mayor y familiares durante su proceso de envejecimiento.

Ya en 2015, se realiza la actualización de la Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, la cual es estructurada teniendo en cuenta la interrelación de seis núcleos conceptuales, que, a su vez, involucran el compromiso simultáneo del Estado, la Sociedad y las Familias: el envejecimiento de la sociedad, los derechos humanos, el envejecimiento activo, la longevidad, la protección social integral y la organización del cuidado (Min. Salud, 2015)

### **3. Referentes conceptuales**

#### **3.1 Concepción de vejez**

El desarrollo en el ser humano se da a lo largo de la vida con procesos continuos y discontinuos. Estos procesos conllevan cambios en el individuo que acarrear aprendizajes que, a su vez, se relacionan con su historia y contexto. Durante la vejez el adulto mayor continúa en este proceso, el cual presenta cambios graduales en el que intervienen un número considerable de variables de los cuales pueden resultar una serie de características diferenciales entre las personas adultas mayores (Cornachione, 2008), por lo que podemos decir que la vejez es parte del proceso de desarrollo, en el cual el adulto mayor presenta diferencias más evidentes con otras personas de su misma edad o no. Según Cornachione (2008) “el término vejez puede ser relacionado con distintos fenómenos multiformes de una realidad harto compleja en la que la mayoría de las personas sólo tienen una percepción abstracta, lejana o perteneciente a otros.” (p. 16)

Los cambios que se dan en la vejez tienen una fuerte interacción con su vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, pues desde cómo es ubicado en la sociedad influirá mucho en la forma de afrontamientos del adulto mayor ante estos cambios. De acuerdo con Beauvoir (1970), cuando se decide la condición económica del adulto mayor, parece haber una diferencia social importante entre este grupo etario y los más jóvenes, pues no son activos económicamente, no producen, por lo que se les atribuyen necesidades y sentimientos diferentes a los ciudadanos más jóvenes en tanto se consideran individuos viejos que no desean, no celan, no se enamoran, no se enojan, deben ser personas serenas, tranquilas que promuevan un desinterés en las desventuras que puedan sobrellevar, situándolos fuera de la humanidad y por ende un sujeto sin derechos.

En general, de acuerdo con Cornachione (2008), son muchos los sesgos, confusiones o mitos de la bibliografía en el campo del envejecimiento, donde varias reflexiones apuntan explícita o implícitamente a mitos y confusiones sobre la vejez y los “ancianos”, dentro de los cuales expone en su libro *Psicología del desarrollo* los siguientes:

- “Los ancianos conforman un grupo homogéneo.” (p. 11)
- “Los ancianos son los depositarios del conocimiento y la sabiduría.” (p. 11)
- “Los ancianos generalmente están solos o aislados, están enfermos, son frágiles, dependen de los otros y tienen graves deterioros cognitivos.” (p. 11)
- “Los ancianos están deprimidos y con la edad llegan a ser más difíciles y rígidos.” (p. 11)
- “Los ancianos apenas afrontan los deterioros inevitables que están asociados al envejecimiento.” (p. 11)

La vejez no es homogénea, no es vivida igual por cada persona, este proceso como desarrollo humano implica muchas dimensiones que van más allá del deterioro físico. Esto se reconoce dentro de la Política colombiana sobre envejecimiento humano y vejez (2015),

al indicar que la vejez constituye un proceso heterogéneo que implica dimensiones culturales, biológicas y psicológicas, en donde se evidencian necesidades, limitaciones específicas, pérdidas, capacidades, conocimientos (otros aprendizajes, vivencias, experiencia), entre otros. En este sentido, podemos hablar de dos tipos de variabilidad, la interindividual, que se refiere a las diferencias que se presentan en las personas a medida que avanzan en su edad, siendo más heterogéneas en su funcionamiento psicológico, fisiológico o social; y la variabilidad intraindividual que hace referencia a los cambios que se producen con el tiempo en una determinada conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica, pero que no predicen necesariamente cambios en otras características psicológicas o fisiológicas, como por ejemplo una persona que puede perder su autonomía física por deterioro físico en la vejez, pero mantener sus habilidades cognitivas intactas.

### **3.2 Desarrollo psicológico en la vejez**

Como he indicado antes, el abordaje sobre el envejecimiento y el ser humano que envejece se ha tornado alrededor de lo patológico, relacionado con el deterioro físico y psicológico, por lo que vale la pena preguntarnos ¿los adultos mayores se desarrollan o alcanzan un momento de madurez a cierta edad y luego sigue su declive?

Puede decirse que el desarrollo del ser humano implica cambios, pero, para que sean relevantes para el desarrollo, deben ser cambios que le impliquen llevar a cabo un proceso adaptativo y en el adulto mayor son muchos los cambios que se presentan en su vida, además de los físicos. Desde la Psicología Cultural (Cole, 1999) el ser humano, como producto evolutivo e histórico, se adapta a su entorno social y podemos hablar de diversidad, en tanto el ser humano cuenta con diversidad de dominios y las situaciones de la vida que experimenta son diversas, por lo que sus formas de aprender del mundo, interiorizar lo cultural, también son diversas.

En el caso del adulto mayor, esto continúa, los cambios en lo que se consideraba habitual, cambios en el cuerpo, cambios en las formas de responder y actuar, entre otros, por lo que la forma de afrontar estos cambios se nutre de las herramientas sociales y los artefactos desde lo simbólico, con el que cuente, a fin de lograr adaptarse a la nueva normalidad que le proponen los cambios físicos y psicológicos de esta etapa de la vida. Pese al deterioro que pueda presentar el adulto mayor (movilidad reducida, por ejemplo), aún se hacen presentes otros recursos que incitan a pensar en la vejez como una etapa del desarrollo humano. Estos recursos o artefactos, según lo postulado por Cole (1999), como lo es el lenguaje, se manifiestan en el ser humano en todo momento de la vida, pero para que esto sea relevante, debe contar con otro que reconozca y otorgue esa validez social en este proceso individual.

Como nos muestra Beauvoir (1970) “La involución senil de un hombre se produce siempre en el seno de una sociedad; depende estrechamente de la naturaleza de ésta y del lugar que en ella ocupa el individuo en cuestión” (p. 47); por lo que la forma en que el ser humano envejece, el cómo lo hace, no es una cuestión meramente biológica, es un proceso que involucra al individuo y la sociedad, en tanto éste es un ser social, interactúa con otros y en esa interacción va construyendo su realidad, en este caso, la realidad que viene con la vejez. No podemos hablar de desarrollo sin reconocer la influencia de la historia del individuo y lo que se ha construido en la cultura sobre lo que éste vive. Por esto, si en la cultura envejecer se relaciona con aspectos negativos, esto va a anclar en lo que el individuo concibe de sí mismo y potenciará o no su manera de vivenciar cada experiencia nueva, la vivirá o la sufrirá. La vejez, en el campo de lo psicosomático, muchas de las enfermedades orgánicas dependen también de factores psicológicos, en la medida que un adulto mayor se enfrenta a actitudes afectivas de indiferencia o abandono, por ejemplo, lo que repercutirá en

mucho de sus enfermedades y de su involución senil. (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009)

Cornachione (2008) destaca varios modelos que desde la Psicología del desarrollo han ocupado interés en la etapa de la vejez:

- *Modelo Mecanicista*: este modelo parte de las teorías del aprendizaje y conductismo, en donde el objeto de estudio es un organismo que acumula aprendizajes y hábitos, pues se producen cambios (aprendizaje) gracias a los aportes del ambiente. El comportamiento humano es estudiado mediante aspectos que pueden observarse en forma directa. De esta manera, la conducta es la continua aplicación de leyes de aprendizajes y las respuestas suelen ser controladas por los estímulos ambientales específicos de cada situación.

- *Modelo organicista*: El comportamiento resulta de la formación de estructuras u organizaciones internas del sujeto. Ubica el desarrollo desde un modelo biologista que reconoce cambios sucesivos celulares hasta alcanzar sus funciones últimas. En este modelo el comportamiento y los procesos del sistema nervioso están establecidos y pueden predecirse las pautas de maduración. En esta vía, una vez se han alcanzado ciertas pautas de maduración, sólo se presentaría a continuación un declinar de aptitudes y comportamientos.

De estos dos anteriores modelos, Beauvoir (1970) menciona en su ensayo que desde estas ideas el cuerpo del hombre es como una máquina que en la vejez muestra su desgaste, ante lo que indica que la palabra “desgaste” contiene una noción vaga, haciendo énfasis en que este tipo de modelos, basados desde lo biológico, reducen al adulto mayor a la patología siendo el estudio de la vejez, el estudio de lo patológico, dejando de lado el proceso en sí que es el envejecer, el cual merece interés de estudio como el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la muerte, indica la autora.

- *Modelo contextual*: Toma aportes del modelo organicista, pero difiere en la causalidad final y plantea que el organismo mantiene una gran plasticidad durante su vida.

El sujeto tiene un rol protagónico en el proceso de desarrollo humano y su comportamiento resultará de la interacción individuo-ambiente.

- *Modelo dialéctico*: este modelo facilita la comprensión de progreso y de la dinámica que se establece entre los mecanismos que actúan sobre las personas en un determinado momento. Este modelo se ubica en torno a las condiciones que crean desequilibrio e inestabilidad, en tan posibilita lo nuevo y permite el desarrollo. Desde este modelo resulta enriquecedor en el desarrollo que lo positivo de lo aprendido viejo se retenga y se asimile a un nivel superior. En el caso del envejecimiento, este proceso resulta útil para comprender mejor las dinámicas de crecimiento y deterioro, de pérdidas y ganancias que se presentan a lo largo de la vida del ser humano.

- *Modelo contextual-dialéctico*: En este modelo se reconoce el aporte de Vigotsky (1978) en tanto se considera que el comienzo de las funciones psíquicas se produce dentro de un marco cultural determinado. También rescata el concepto de Zona de Desarrollo Potencial, en cuanto es la distancia entre el nivel actual de desarrollo y el que resulta posible determinar según la capacidad humana de resolver un problema y a la vez por el desarrollo potencial, el que resulta mediante la resolución de un problema gracias a la guía o colaboración de otro. En esta medida se pone en manifiesto la relación dialéctica hombre-sociedad y la influencia de esto en el proceso de desarrollo del individuo.

Estos modelos muestran la diversidad de abordajes conceptuales que convergen en el momento de pensarnos las prácticas de atención y cuidado del adulto mayor y las concepciones de sujeto en esta etapa que emergen. Es importante tenerlo en cuenta ya que más adelante podrá evidenciarse en las observaciones como se anclan estos abordajes en la práctica de cuidado dentro del hogar geriátrico y cómo la propuesta de intervención estará enmarcada desde un modelo contextual-dialéctico, en donde se considera la importancia de la historia vivida del adulto mayor, su relación con las auxiliares de enfermería en relación

con las prácticas de cuidado y cómo las representaciones de estas cuidadoras influyen en el proceso de desarrollo del adulto mayor.

### **3.3 Adulto mayor y subjetividad**

Ante el Ministerio de Salud, el adulto mayor es toda persona de 60 años o más edad. Sin embargo, esto no basta para comprender y definir el adulto mayor. Hace falta profundizar en otras dimensiones más allá de la edad cronológica.

La sociedad ha concebido al adulto mayor como un individuo desde la carencia: de motricidad, de movimiento y desde el deterioro psicológico o la incapacidad de actuar, proponer, actuar, funcionar, individual y socialmente. Como indica Beauvoir (1970) "...la condición del viejo no depende de él, no la ha conquistado, sino que le es dada." (p,105 – 106). En este sentido, el adulto mayor es desprovisto de su humanidad, al desconsiderar que es un humano dotado de emociones, deseos, pensamientos, comportamientos que aún puede llevar a cabo independiente de su edad o la etapa de desarrollo en la que se encuentre.

La autora Cornachione (2008) en su libro "psicología del desarrollo, vejez" sugiere cómo este tipo de concepciones en la sociedad hace que existan debates para evitar etiquetas durante el envejecimiento y mitigar concepciones negativas sobre los adultos mayores. No obstante, sugiere también la autora, que esto no logra impedir que los años se sumen a lo largo de la vida y que ese adulto mayor que envejece al recapitular el pasado piense en que el presente le ha sido quitado, en la medida que no se tiene en cuenta ese universo de significados de los que dispone para hacer frente a su realidad (Waigand y Broeders 2019).

En este sentido, vale la pena retomar la noción de sujeto propuesta por Zardel y Blanca (2016), enmarcada en el psicoanálisis, que indica que el sujeto no es lo biológico o su rotulo social si no que es un sujeto con una condición de historia y transformación, en donde "el pensar, la experiencia y el acontecimiento se entran en la constitución de la subjetividad" (p. 317) y esa constitución de subjetividad "se produce desde una exterioridad

social, fundante, de ahí que toda constitución de un *yo* viene de otro, y de Otro” (p. 317) (con o mayúscula, refiriendo a lo simbólico). En el caso de las personas menores a 65 años (considerados jóvenes y productivos), este *yo* que viene de otro, en el marco de la sociedad actual y dentro de la normatividad normal, suele ser un sujeto que piensa su ser en la medida que realiza sus funciones con normalidad (sin aparente enfermedad o en condición de discapacidad), que trabaja y aporta económicamente a la sociedad. Esto le permite ser ubicado desde los dispositivos sociales e institucionales como un sujeto agente de su condición de vida, pero que, a su vez, puede recaer en él la responsabilidad completa de que el sujeto en este caso es lo que es por él mismo, como si se quitara responsabilidad a lo que se construye socialmente y en caso de que el sujeto no se inscribiera en el *yo* que viene de otro, entonces deben ser culpadas por no cumplir la exigencia de ese otro social (Zardel y Blanca, 2016; Beauvoir, 1970).

Para el caso del adulto mayor, sucede que este es ubicado como un ser vulnerable, como un sujeto que no se inscribe dentro de la normalidad, este *yo* que viene de otro en este caso es un ser desprovisto de su capacidad para pensar y gestar experiencias, un sujeto al que se le desconoce su subjetividad y se le responsabiliza de cualquier discapacidad que pueda presentar.

De aquí la importancia de dar lugar al adulto mayor como el ser humano que sigue siendo, un sujeto que crea, desde sus recursos, invenciones que le permitan afrontar su proceso de envejecimiento, que otorga significado a su realidad; que encuentra las formas de suspender lo que tenía como certezas sobre la vida y que continúa en lo inesperado que viene con los cambios de la vejez; que confirma y reafirma constantemente con la realidad lo que en ese momento se es y se vive, que continúa en esta constitución de subjetividad desde lo que se le devuelve en esa exterioridad social (Zardel y Blanca, 2016)

La forma como se represente la vejez recae sobre la relación que se establece con el adulto mayor (Carbajal y Barriel, 2014). Recordemos que las representaciones sociales influyen sobre el sujeto y de nuevo su forma de concebir y representar su realidad, no hay una separación de lo social y lo individual. Lo social y lo individual presentan una relación de implicación y complementariedad en el que cada uno influye en el otro (Ortiz, 2016). La construcción de la representación social se genera al atravesar dos momentos, tal como lo describe bien Álvarez (2002): el primer momento se da cuando el individuo empieza a interpretar su realidad desde la relación que tiene con el medio social que lo rodea, es decir, construye unas representaciones de la realidad dentro de un contexto sociocultural. El segundo momento es cuando se realiza un proceso de anclaje de la representación social, en donde se fortalece o se altera la interpretación de un mismo fenómeno de acuerdo con los elementos nuevos que se presenten en el entorno social, permitiendo construir nuevas representaciones, modificarlas o consolidarlas. Esto quiere decir que las representaciones del adulto mayor como sujeto son producto, además de su historia individual, de su historia colectiva (Moscovici, 1979) en donde si es representado como un sujeto desde la enfermedad, que carece, seguramente en esta vía irá construyendo la representación de sí mismo.

De aquí vale la pena resaltar que en el adulto mayor está presente el ser un sujeto, es decir, que no se lo puede circunscribir a lo que en lo físico u orgánico le acontezca, pues sigue siendo un individuo con deseos y anhelos, con sentimientos de agresividad y amor, con manifestación de su sexualidad, sigue siendo humano (Beauvoir, 1970).

### **3.4 Cuidado del adulto mayor y el lazo social**

En la vida del adulto mayor uno de los aspectos que toma relevancia es el cuidado. Una gran mayoría de personas que envejecen empiezan a requerir del apoyo de personas en sus cuidados. Para muchos, es por medio de la demanda de cuidados que encuentran una

oportunidad de continuar el lazo social que se ve afectado a lo largo de su vida y sobre todo en la vejez. Muchos adultos mayores pierden amigos o familiares y sienten que su cerco social y de confianza disminuye, y, con esto, su vínculo social se reduce. Cuando se encuentran en un hogar geriátrico, estos lazos pueden gestarse con quienes se encargan de sus cuidados, siempre y cuando el adulto mayor encuentre en el otro ese enlace social.

Para hablar de estos lazos, debemos hablar del vínculo. De acuerdo con Berenstein (2001) tomaremos el vínculo “en el sentido de una estructura inconsciente que liga dos o más sujetos, a los que determina con base en una relación de presencia” (p. 13). En el vínculo entre dos sujetos, cada *yo* es investido por el otro y recubierto por un deseo propio, no dependiente sino suplementario o complementario al del *yo*, de modo que ambos deseos no remiten a uno solo; diferente a lo que sucede en la relación de objeto, donde sí se remite un solo deseo y arrastra el sentido de depender del *yo*.

En la relación con el otro, éste último ofrece algo semejante que se asimila como propio, pero, a su vez, llega lo diferente del otro que no puede ser asimilado como propio, es lo *ajeno*, lo que caracteriza al otro y su presencia. De esta manera, en una relación significativa el registro del otro que no logra ser inscrito como propio, es aceptado el que no sea incorporado al sujeto, pues es inherente a la ajenidad; de aquí que en el vínculo “el sujeto no solo preexiste, sino que también se constituye en la relación con el otro (Berenstein, 2001 p. 16).

Esta relación del sujeto con ese otro está sucediendo en lo presencial y en lo psíquico en la medida que se da el vínculo como indica Berenstein (2001), pero también cabe mencionar cómo lo afectivo se presenta en esta relación. De acuerdo con Carbajal y Barriel (2014), los encuentros entre el *yo* y el *yo* del otro se pueden dar de dos formas, como encuentro pensado y el encuentro vivido (el presencial, cara a cara y cuerpo a cuerpo en la realidad). En el encuentro pensado, existe el otro pensado, que permite y asegura la

investidura en momentos de ausencia del otro real, pero lo que enlaza esta relación entre el sujeto y el otro es el lazo verbal, en tanto el sujeto es un ser hablante y su lenguaje una estructura simbólica que impregna este vínculo con los otros, con lo social (Castro, 2014). De aquí que el deseo para el *yo* es un deseo manifestado a través del lenguaje, indican Carbajal y Barriel (2014), lo que el *yo* desea es “tornarse destinatario y ser reconocido como enunciante de una palabra de deseo” (p. 65). En un momento dado, este encuentro pensado, buscará comprobar esto que piensa en el encuentro real, lo buscará en el orden del acto, un gesto, marcado por un signo de realidad. Es así, indican las autoras, como el cuidado se puede inscribir en el registro de un acto de realidad

De aquí que pueda pensarse que el adulto mayor, como sujeto, se encuentra en posición de demandar una relación de afecto, de la misma forma que lo están las cuidadoras, siendo así un deseante autónomo, que permita en una simetría recíproca, si bien no perfecta, con sus cuidadoras sentirse sujeto amado y no verse envuelto en una situación de dependencia (como la que se da en la relación de objeto indicada por Barenstein (2000)), lo cual sería una fuente de angustia (Aulagnier, 1994). Así, cada sujeto se encuentra en una catectización<sup>3</sup> privilegiada, pero no necesariamente exclusiva, en donde cada *yo* es reconocido y cuentan con la reciprocidad en un poder afectivo del que ambos gozan recíprocamente.

De aquí que podemos hablar de la relevancia al destacar la relación que se da entre quien cuida y recibe el cuidado. En este acto se da una relación que puede poner al adulto mayor en una situación de angustia, displacentera o no, en la medida que el adulto mayor no sea concebido como un sujeto que demanda y a quien se le puede demandar afecto, por ejemplo, estaría situándolo en una relación de objeto y no de sujeto, lo que estaría anulando

---

<sup>3</sup> Este término refiere a cargar de energía pulsional a otra personal, como por ejemplo una carga libidinal. Una investidura libidinal, para el caso de la relación afectiva que refiero en este apartado.

al sujeto. En la medida en que no se tenga en cuenta la demanda del adulto mayor, difícilmente la práctica de cuidado tendrá sentido para éste, pues al no estar involucrado en este acto de realidad, no es posible que se gesté una relación sujeto-sujeto, ni se permita un vínculo social al ser excluidos de esta posibilidad (Waigand y Broeders, 2019).

#### **4. Diagnóstico de la problemática**

Para efectos del diagnóstico de la problemática que se abordará en el presente trabajo, se presenta el análisis de dos propuestas de atención al adulto mayor observadas en dos hogares geriátricos de la ciudad de Cali, uno ubicado en zona urbana y el otro en la zona rural de la ciudad. Para este diagnóstico se cuenta con dos entrevistas semiestructuradas realizadas a los directores de cada hogar y dos diarios de campo levantados mediante observaciones participantes que se realizaron durante visitas a los hogares en fines de semana acordados con los directores y en horarios que se permitían visitas de familiares y personas externas al hogar con permiso de entrar. Estas observaciones fueron llevadas a cabo principalmente en los espacios de jardín, sala y comedor, donde pasan la mayor parte del tiempo los adultos mayores; el patio no era un espacio disponible para visitantes ni adultos mayores y estaba más adecuado para las labores de limpieza (donde estaba la zona de lavandería, de utensilios de aseo) como tampoco lo eran las habitaciones, las cuales son el espacio privado de los adultos mayores en donde están sus objetos personales y en donde sólo podían entrar las personas encargadas de cuidado del adulto, personas encargadas del aseo y familiares del hospedado, por lo que no se centraron las observaciones en estas dos zonas.

Cabe mencionar que durante el tiempo que se realizó la observación en los hogares, se encontraban presentes las siguientes personas: en el Hogar 1, convivían 27 adultos mayores, de los cuales ocho se encontraban en condición de movilidad reducida (3 de ellos debían ser ayudados por completo en su movilidad, pues no podían mover su cuerpo ya que

estaban en condición de *postrados*), y requerían más atención asistida. Además de los pacientes, durante el día suelen estar dos auxiliares de enfermería, mujeres con 7 y 10 años de experiencia, una cocinera y una persona encargada del aseo. En la noche se queda una auxiliar de enfermería, distinta a las que estuvieron en el día. Los turnos suelen ser de 12 horas para las auxiliares de enfermería y el personal de cocina.

En el caso del Hogar 2, convivían 27 adultos mayores, de los cuales una persona estaba en condición de *postrado*, los demás eran más autónomos en sus movimientos y constantemente se veían caminar por los pasillos y zona verde de la casa. Para la atención de estos adultos mayores se encontraban tres auxiliares de enfermería durante el día. También contaban con una cocinera y dos mujeres más que se encargaban del aseo de la casa y limpieza de ropa y tendidos de los adultos mayores durante el día. En la noche se quedaba una auxiliar de enfermería para cuidado a los adultos mayores. Los turnos se habían organizado para ser de 10 horas por auxiliar.

Además, como las observaciones en cada hogar fueron llevadas a cabo de manera participante, se evidenciará en los apartados de nota de campo, que se registraron expresiones mencionadas y compartidas por los adultos mayores y/o auxiliares de enfermería durante las observaciones, las cuales serán utilizadas en los análisis siguientes como insumos para sustentar el diagnóstico en general y no como un análisis individual de la persona que haya mencionado dicha expresión.

Por consiguiente, se presenta a continuación un análisis y discusión que parte de las informaciones recopiladas en estos dos hogares y se basa en el planteamiento de una caracterización de cada institución (hogar geriátrico) con tres preguntas claves, que configuran las categorías que estructuran este diagnóstico: ¿cómo las condiciones del espacio median en la experiencia de vida del adulto mayor y las formas de relacionarse?; teniendo en cuenta el tipo de relación que se presenta en las prácticas de cuidado ¿qué

concepción se tiene sobre la vejez?, y ¿cuál es la pretensión en las propuestas de actividades ofrecidas por los cuidadores? De esta manera, se mostrarán y analizarán los hallazgos más relevantes encontrados en las observaciones y entrevistas, los cuales se presentan en el marco de las siguientes categorías: *uso del espacio físico*, *concepción de vejez*, *propuestas u ofertas de atención*, y *adulto mayor y realidad*. En estas categorías se discutirá la información recopilada en cada hogar y se precisará la problemática de manera que se puedan sentar los elementos para construir la propuesta de intervención que se presentará en este trabajo.

#### **4.1 Uso del espacio físico**

Esta categoría pretende conocer la forma en que la infraestructura y adecuaciones de los espacios físicos en el hogar son usados y asumidos por el adulto mayor en su día a día y por las auxiliares de enfermería en su quehacer de prácticas de cuidado y de atención al adulto mayor. En el marco de esta categoría, se pudo evidenciar diferencias entre los dos hogares observados relacionados con: ubicación, infraestructura y en la forma de uso de los espacios.

Es posible ver qué la forma en que se usan los espacios del hogar permite develar el tipo relación que se da en el hogar entre adultos mayores y cuidadoras y entre adultos mayores como pares, además que avista las formas de concepción sobre la vejez que tenga cada actor del hogar.

En cuanto a *la ubicación*, el Hogar 1 se encuentra ubicado en zona urbana de la ciudad de Cali, en un barrio tradicional, estrato 4, y en donde se ubican alrededor otros hogares con servicios de atención y cuidado al adulto mayor. Mientras que el Hogar 2 se encuentra en un corregimiento en el área rural de la ciudad, estrato 3 y a su alrededor se encuentran pocas casas y muchas zonas verdes naturales del área rural. Esta diferencia de ubicación permite ver espacios más amplios en el hogar de la zona rural que en el que se

encuentra en la zona urbana y los adultos mayores parecen disfrutar más del espacio en la casa de zona rural que en el de la zona urbana.

En cuanto a *la infraestructura*, el Hogar 1 observado es una casa grande de dos pisos, adaptada para ser ocupada hasta por treinta adultos mayores y las personas a cargo de su cuidado. La casa se divide por espacios. En el primer piso se encuentran espacios abiertos como lo son el antejardín, la sala de estar en donde los asientos están ubicados en U, pegados a la pared, el comedor con mesas ubicadas en U, también pegadas a la pared y el patio, en el cual se realizan las actividades de lavado. Estos espacios son ocupados durante el día por la mayoría de los adultos mayores y personas que trabajan en el hogar, y, a excepción del patio, son los lugares donde se suele pasar los tiempos de ocio, cenas, los momentos de recibir visitas y de interactuar con otros fuera de la habitación. También, hay habitaciones de los adultos mayores, algunos cuartos tienen baño privado; y hay dos baños para pacientes fuera del cuarto y uno para visitantes. En la sala se encuentra un espacio adecuado con un escritorio, en donde se instaura el espacio donde las enfermeras guardan el registro de las historias de los pacientes y las medicinas, es decir, el espacio de enfermería. Para llegar al segundo piso hay una escalera, que suelen usar las auxiliares de enfermería y visitantes, y se ha adecuado un ascensor para que puedan subir los adultos mayores que lo requieran. En este segundo nivel, también, hay habitaciones, algunas con baño privado. Durante las visitas al hogar se pudo observar que las habitaciones de este hogar estaban ocupadas cada una por un adulto mayor, no había habitaciones compartidas, pero el administrador en entrevista explicaba que podía haber casos de compartir una habitación hasta para dos personas. Los pasillos y baños se ven adecuados con pasamanos para que los adultos mayores puedan sujetarse y apoyarse mientras caminan por la casa o hacen uso del baño. Uno de los baños que comparten los adultos mayores cuenta con inodoro más alto de lo convencional para

facilitar que puedan sentarse; el administrador indicaba en entrevista que, aunque algunas habitaciones tenían baño privado, se buscaba que hubiera baño por cada cinco habitaciones.

En cuanto al *uso de espacios*, se pudo evidenciar en el hogar 1 que el ascensor era utilizado por quienes habitaban las habitaciones del segundo nivel de la casa, algunos por su cuenta y otros ayudados por las auxiliares de enfermería. Durante las observaciones realizadas, se pudo ver que pocas veces los adultos mayores del segundo nivel bajaban al primer piso, incluso uno de ellos prefería caminar con el caminador en el segundo nivel, a modo de ejercicio. Quienes solían bajar eran aquellos con movilidad reducida y que requerían de la ayuda de las auxiliares de enfermería, normalmente eran bajados en silla de ruedas para estar en la sala o en el antejardín. Por otra parte, los adultos mayores del primer piso, tanto quienes requieren ayuda para moverse como los que no, se ubican en las mismas áreas de sala y antejardín, solo dos adultos mayores suelen permanecer en el área de comedor y sólo están en estos lugares sentados igual que quienes bajan del segundo nivel de la casa. En general, pese a que la casa cuenta con pasamanos y pasillos anchos, por ser una casa rectangular (casa con más metros cuadrados de fondo que de ancho), se evidenció poco interés de caminar por la casa, muy pocos adultos mayores recorrían los pasillos de la casa, pese a que la condición de *postrados* (personas que no pueden mover su cuerpo) era de unos pocos, se veía que los adultos mayores, tanto quienes podían caminar como quienes requerían algo de apoyo para caminar, preferían estar sentados la mayor parte del tiempo. Mostrando más bien un espíritu desanimado ante lo que pasara durante el transcurso del día:

“... *El familiar ya lo tiene muy claro, cuando lo llevan a un hogar geriátrico, ya sabe que está en su etapa final... Todos allí la tienen clara*” (Entrevista a J, 2018).

A los auxiliares de enfermería se les veía recorrer los espacios con la prisa de realizar las actividades del día: bañar a los adultos mayores, estar atentas a las horas de las comidas para servir y asistir la alimentación, suministrar los medicamentos que corresponda a cada

adulto mayor según orden médica, responder las solicitudes o llamadas de familiares y estar atentas a las visitas que llegaran. En momentos que no había visitas o no se encontraban respondiendo solicitudes de familiares por llamadas o chat institucional en el celular, las enfermeras alentaban a los adultos mayores a hacer pequeñas caminatas en la sala, a modo de ejercicio. Esta forma de uso del espacio da cuenta de la posición de las cuidadoras frente a lo que el espacio significa y la condición del adulto en cuanto a que es estar sentado, es decir, el uso del espacio gira en torno a la actividad de asistencia a los adultos mayores empleado por las auxiliares de enfermería y no a una disposición diferente para el adulto mayor que le invite a caminar o moverse en la casa.

En el caso del Hogar 2, indica la administradora MD en entrevista, se pensó la construcción para propósito de crear un hogar geriátrico y fue construido por una iglesia, una comunidad religiosa presbiteriana, que tuvo en cuenta las adecuaciones y sugerencias que debía tener la estructura física del hogar, brindadas por la anterior administradora, quien era gerontóloga y miembro de la iglesia fundadora del hogar.

Este hogar se ve como una casa grande, campestre, diseñada como un primer piso en forma cuadrado, con pasillos alrededor de la casa, que puede ser recorrido por los adultos mayores, visitantes y personal que trabaja en el hogar, y pasillo interno, que al ser recorrido pasa por las habitaciones, las cuales están distribuidas en forma de U de la casa cuadrada, y en el centro de este pasillo interno hay una zona verde que tiene unos caminos más pequeños para atravesar o acceder a esta zona, a sus flores o al césped. También, hay una cocina grande, una sala grande que está abierta de paredes y se divide en dos zonas: el comedor donde están ubicadas varias mesas cuadradas, en donde también suelen pasar tiempo de ocio, y la sala de estar donde hay tres muebles sofá grandes formados en U y en frente de ellos un televisor pantalla grande. Hacia la parte de atrás de la casa, está la zona de patio que es el área de lavado, una sala más pequeña que la de enfrente, con dos sofás y sin televisor; dos

baños grandes, diferenciados para hombres y mujeres y donde suelen bañar a algunos de los adultos mayores, pues, aunque todas las habitaciones tienen baño privado, en todas se usa el inodoro, pero no necesariamente la ducha, y la administradora en entrevista indica que sobre los baños en cuartos compartidos fue una solicitud de la Secretaría de Salud.

Los inodoros tienen 10 centímetros más altos del promedio, para facilitar al adulto mayor su uso, en tanto que se le va disminuyendo su tonalidad muscular que le hace difícil levantarse o causan dolor de espalda, como indica la administradora en la entrevista:

*“... 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”* (Entrevista a MD, 2019).

Se evidenció que la estructura cuadrada de la casa y la ubicación de los pasillos facilita que al caminar se den encuentros espontáneos con otras personas que convivan en la casa y también estén caminando. En lo observado, los adultos mayores que recorrían el pasillo se apoyaban de los pasamanos y saludaban a quien se asomaba a la puerta de habitación o saludaban a la enfermera que iba hacia alguna de las zonas de la casa. Frente a esto la administradora comenta:

*“a ellos les encanta eso... 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 bellissimo pues”* (Entrevista a MD, 2019).

El terreno en el que se ubica la casa, es bastante amplio y se rodea de zona verde que está a disposición de los adultos mayores que deseen y puedan recorrerla, pues no toda la zona verde cuenta con adecuaciones para que todos puedan caminar, es decir, no está adaptado para aquellos que tengan movilidad reducida, la zona verde fuera del hogar tiene desniveles y no tiene senderos pavimentados o nivelados, para alguien que se mueva en silla de ruedas, por ejemplo.

Durante las observaciones logró verse que había interés de los adultos mayores por recorrer los pasillos, pues se levantaban por su cuenta de los asientos o salían de sus habitaciones para caminar por los pasillos y mientras lo hacían, saludaban a la persona con la que se encontraran en su recorrido. Solo la persona que estaba en situación de *postrado* era ubicada en un sofá reclinable en la sala y contaba con cuidador particular, contratado por la familia, que le atendía durante el día.

En el Hogar 2, los adultos mayores cuentan con espacios de uso colectivo más amplios, distribuidos en un primer piso, con mesas cuadradas pensadas para el encuentro en el momento de cena y ocio. Mientras tanto, en el Hogar 1 hay espacios más pequeños y las mesas se distribuyen a lo largo del pasillo o del salón de la casa, para no interferir el paso entre una zona y otra. Esto, a su vez, dificulta la interacción entre adultos mayores y las auxiliares de enfermería, ya que al sentarse en las mesas no hay un encuentro con otro, la mayoría de las veces ven de frente la pared o al caminar lo hacen en fila por el pasillo, minimizando encuentros al caminar,

La forma de uso del espacio en el hogar 1, limitado a las actividades asistencialistas de cuidado, va dando cuenta del modelo organicista que enmarca la atención del adulto mayor. Acá, la concepción de vejez del adulto mayor apunta a un rol en el hogar como un actor pasivo, un paciente que debe esperar a ser atendido.

Por otro lado, en el hogar 2 la forma de usar el espacio denota una intención de posibilitar encuentros; que a la hora de cenar tengan a otra persona al frente con quien entablar una conversación o solo poder mirar a los ojos a otra persona. Todo esto permite entender que al menos hay una intención por posicionar al adulto mayor en un rol más activo.

#### **4.2 Concepción de vejez**

Las políticas sobre envejecimiento y vejez en Colombia buscan cada vez más involucrar a la sociedad en la atención y cuidado sobre la población de adultos mayores. Sin

embargo, en las prácticas observadas en los hogares, no se encuentra registro sobre cómo la atención en los hogares logra repercutir en las familias de los adultos mayores o en otros actores. Pareciera no haber mucha difusión sobre las políticas creadas a favor de la población de adultos mayores, pero sí una directriz clara dirigida solo a instituciones de salud y hogares o fundaciones relacionadas con la atención y cuidado del adulto mayor. Sucede esto en la vía de lo que dice Cornachione (2008) al mencionar que la sociedad en cuanto a la vejez ha buscado silenciarla, creando instrumentos como hospicios de ancianos para “evacuar lo insoportable en vez de humanizarlo” (p 13).

Este desconocimiento en información sobre esta población la sociedad favorece la creación de enunciaciones de discriminación relativos a la edad. Por ejemplo, los estereotipos cada vez más negativos sobre el envejecimiento, relacionados con un lenguaje lleno de palabras que connotan fragilidad física, deterioro mental e incompetencia (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Si se parte desde las creencias acerca de la vejez sobre el adulto mayor frágil y dependiente, se dificulta la posibilidad de dar lugar al adulto mayor como capaz de continuar una vida en la que tenga y pueda crear proyectos y sobre todo que sea capaz de decidir sobre cómo afrontar la vida en la vejez (Gerena, Gracia, Espejo, Cano y Sánchez, 2010). En este sentido, de acuerdo con Waigand y Broeders (2019), lo que se hace en el hogar es promover percepciones erróneas desde y hacia el adulto mayor sobre su realidad.

En el caso del Hogar geriátrico 1, cuando el administrador expresa que el adulto mayor va a pasar su etapa final en el hogar, evidencia un imaginario sobre el vivir sin una expectativa de vida y más bien esperar la muerte. En el caso del hogar 2, la entrevistada, al poner en duda la capacidad subjetiva del adulto mayor, asombrándose, por ejemplo, por cómo son capaces los adultos mayores de ubicar mandos en el hogar al reconocerla como la

cabeza de mando y buscarla para pedirle ayuda, permite dar cuenta de la relación sujeto-enfermedad en una concepción de adulto mayor discapacitado.

En ambos hogares se encuentra una similitud en la concepción de vejez y adulto mayor. De acuerdo con Cole (1999), se construye la concepción de adulto mayor desde los imaginarios de incapacidad, fragilidad, persona sin subjetividad; en donde el rol del adulto mayor incapaz y discapacitado es el guion que media en las prácticas de cuidado y en las relaciones interpersonales tanto de las auxiliares con el adulto mayor como entre los adultos mayores.

Lo anterior lleva a que, para entender cómo se construye la concepción de vejez en estos espacios, sea fundamental abordar el vínculo entre auxiliar de enfermería y adulto mayor.

#### **4.3 Vínculo entre auxiliar de enfermería y adulto mayor**

Esta categoría refiere a la forma de interacción, relación y/o vínculo que se gesta entre el adulto mayor y la auxiliar de enfermería a través de la práctica de atención y cuidado y se buscará abstraer las concepciones de vejez y adulto mayor que tengan las auxiliares y adultos mayores a partir de lo observado durante las visitas realizadas a los hogares.

En relación con el Hogar 1, se pudo observar que hay una relación de profesional que atiende y paciente que requiere ser atendido. Este hogar tiene una propuesta de atención basado en un modelo organicista que enmarca las prácticas de atención que realizan las auxiliares de enfermería. Esto devela la concepción de adulto mayor que se plantea institucionalmente y que influye en la forma de llevar a cabo las prácticas de cuidado por parte del personal encargado. Durante las visitas al hogar se observó que el tiempo que duraba el turno de las auxiliares se pasaba en la realización de las actividades asistenciales de baño, alimentación, administración de la medicina y apoyo en movilidad al adulto mayor, además de atender a las llamadas y solicitudes de los familiares de los adultos mayores.

Durante las visitas que se realizaron, las auxiliares de enfermería parecían complacidas por la observación participante: pedían ayuda a la observadora para poder mejorar el cuidado de los adultos mayores. En general, se podía ver una rutina de cuidado determinada de antemano, inflexible, tanto en los adultos mayores que eran atendidos, como también en las auxiliares de enfermería. Había un seguimiento estricto del derrotero organizado en el horario, sin mostrar una postura diferente o una interrupción de esta organización en el horario. Esto no favorece un encuentro significativo, un encuentro subjetivo de adulto mayor con cuidadora, lo que no permite una relación distinta a la de una atención generalizada. Se optimiza el tiempo, se da la prisa en cumplir las actividades, pero no se permite el encuentro con el sujeto al que se cuida (Nota de campo Hogar 1, visita 13 de octubre, 2018).

Lo anterior se relaciona con lo observado sobre los adultos mayores que convivían en el hogar ya que la mayoría de ellos requerían de ayuda asistida para varias de las actividades realizadas por las auxiliares de enfermería, lo cual es un factor que influye en la relación de dependencia que se evidenció. También, en la observación, se evidencia una intención afectuosa en su relación con el adulto mayor en cuanto al expresarse hacia el adulto mayor como “niño” (Nota de campo Hogar 1, visita 13 de octubre, 2018). La consecuencia de esto es infantilización del adulto mayor, en tanto se concibe como una persona que poco puede hacer o no sabe lo que hace o dice (Romero, 2019).

De esta manera, se va haciendo evidente la necesidad de potenciar relaciones de carácter social entre el personal calificado y el adulto mayor, para no tener como única prioridad la atención desde el saber experto médico o gerontológico, organicista. En su lugar, dar cabida al encuentro subjetivo y lo afectivo que se pueden gestar en estas interacciones con el adulto mayor, y entre los adultos mayores, mediante actividades como juegos,

conversaciones, club de lectura, manejo de ejercicios, que permita que ellos vayan vinculándose.

Tal como indican Carbajal y Barriel (2014) al mencionar la importancia de gestar relaciones afectivas entre el cuidador y el adulto mayor. Se debe reconocer al adulto mayor como sujeto que posibilita, que subjetivamente vive su realidad, que no representa una enfermedad, sino que representa más que eso, representa otro ser humano, que siente y es capaz de crear lazo afectivo al reconocer a quien lo cuida, en tanto hace uso del lenguaje cuando lo mira, le habla o realiza un gesto que indica al cuidador que ha sido reconocido como otro y de quien espera un reconocimiento recíproco que le de esa validez social (Cole, 1999). Mientras la relación de cuidado siga siendo planteada como una referencia a una situación de enfermedad y dependencia se dará la anulación del sujeto (Berenstein, 2001), generando angustia en ese adulto mayor, en tanto que el adulto mayor es concebido como individuo que no tiene palabra, con quien no se crea un lazo verbal, no requiere de reciprocidad afectiva y, por ende, este adulto mayor encuentra sólo la relación de dependencia con el otro (Carbajal y Barriel, 2014).

En el hogar 1 se observó que se cumplía la rutina adecuada por una institución geriátrica, pero no se visibilizó el beneficio mutuo que pueden generar los lazos sociales, en la medida que el turno alcanza para cumplir con las actividades de rutina (higiene, alimentación y reposo del adulto mayor) más no para hacer un alto y entablar un lazo desde lo verbal, lo gestual, desde el uso del lenguaje con el que cuentan los adultos mayores, lo que posibilitaría una propuesta de relación diferente al de la dependencia.

Por otro lado, en el Hogar 2 se encuentra un claro interés por promover las relaciones interpersonales entre adultos mayores que viven en la casa y entre el personal encargado del cuidado del adulto mayor y los adultos mayores que allí viven, como lo menciona la administradora en entrevista:

*“Cuando entré, que era lo que yo te estaba diciendo, estaban muy dispersos todos, y no había lazos afectivos entre el personal y los abuelos, era, la administración anterior era muy distante... 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...”* (Entrevista a MD, 2019)

Los lazos afectivos que aquí se proponen van en la vía de reconocer al otro como un sujeto que demanda amor y sus actos son reconocidos como actos de sujeto que piensa y desea (Zardel y Blanca, 2016). Sin embargo, hay algo que debe inquietar en esta relación que se ha gestado, en tanto se da lugar al adulto mayor como sujeto. Sin embargo, acá también resalta una concepción de vejez desde lo organicista (Cornachione, 2008), al referir que es un sujeto que está en declive de aptitudes y comportamientos y poniendo en duda su capacidad subjetiva, lo cual puede ubicar la relación sujeto-sujeto (Berenstein, 2001) desde la incapacidad del adulto mayor como indica la administradora en entrevista:

*“...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.”* (Entrevista a MD, 2019).

Respetar al ser espiritual, como indica la administradora, pareciera referirse a esa persona que es ausente en lo real; pero al ser una persona y no un objeto, merece ser respetado como la persona que físicamente representa, más no psicológicamente. Esto ha posibilitado una concepción de sujeto que siente, pero no de uno que piensa, que interactúa con su medio de manera activa y no pasiva, que puede aprender y crear desde su capacidad cognitiva. Esto también da cuenta de la influencia religiosa en cuanto a lo que se menciona en la *misión* del hogar al abarcar el área espiritual del adulto mayor como un elemento para pensar en la persona.

En cuanto a la relación entre adultos mayores la administradora en la entrevista indicaba la importancia del lazo social como forma de inclusión social de quienes se encontraban en condición de discapacidad.

El comportamiento de los adultos mayores dentro del hogar daba cuenta de estos lazos. En una de las visitas, se pudo observar que algunos de los adultos mayores que caminaban por los pasillos de la casa, al pasar por una de las puertas de una habitación, se asomaban un poco y saludaban a quien estuviera dentro. Estos gestos de saludo denotaban, además de cordialidad, tranquilidad; se veían tranquilos mientras caminaban o mientras estaban en la sala sentados, no se veían dispersos, ni mirando un punto vacío en el salón, buscaban a otro a quien mirar. En el comedor, se sentaban y saludaban a quien estuviera cerca de ellos. Estos actos daban cuenta de una relación sujeto a sujeto, un lazo social que se ha gestado.

En el caso del Hogar 1 se encontró que la interacción entre adulto mayor y auxiliar de enfermería, al basarse en una atención asistencial que entiende al paciente de lo biológico, termina por desconocer lo singular de cada adulto mayor, haciendo que esta interacción imposibilite encuentros significativos. El hogar 2 ofrece una relación más cálida que favorece al adulto mayor para que sea una persona relacional. Sin embargo, al mismo tiempo, plantea una concepción de adulto mayor que limita la posibilidad de que este sea reconocido como un sujeto, pues se concibe al adulto mayor desde un modelo organicista, limitando las capacidades que tiene el adulto mayor para incidir sobre sus vivencias en el hogar y no solo resignarse a lo que se venga desde un lugar externo a su esfera de acción (Waigand y Broeders, 2019).

La invitación a lo nuevo, a crear proyectos, a proponer sobre la experiencia vivida se da desde otro. El adulto mayor en su relación con otro encuentra también nuevos sentidos a lo que vive en su proceso de envejecimiento y en su día a día. En la medida que la relación

entre el personal encargado del cuidado y el adulto mayor se dé de una manera simétrica, favorecerá, o por el contrario disminuirá, la calidad de vida del adulto mayor en el hogar (Carbajal y Barriel, 2014). Si esta relación se refuerza desde la concepción de vejez en relación con enfermedad, promoverá un adulto mayor institucionalizado que atiende a la demanda instituida (Manero, 1990), La importancia aquí del reconocimiento del otro parte de la forma en que sea reconocido, pues esto puede posibilitar el otorgarle el lugar como un otro semejante, dando sentido a sus deseos y demandas; o, por el contrario, otorgarle un lugar que vuelva objeto al sujeto al ser solo parte de la rutina, imposibilitando un encuentro significativo (Berenstein, 2001), pues de una apreciación negativa sobre el adulto mayor se puede llegar a una exclusión afectiva del adulto mayor (Alfaro, 2019).

#### **4.4 Propuesta de modelo u oferta de atención y cuidado de la institución**

Esta categoría se refiere a los cuidados y atenciones que dan las auxiliares de enfermería dentro del hogar, así como las actividades que proponen, prácticas y funciones que desempeñan estas auxiliares, en comparación con la oferta de atención y cuidado que pretende ofrecer la institución. A continuación, se muestran las propuestas de modelo de atención y cuidado de las instituciones y oferta de actividades que se proponen por parte de las auxiliares dentro de cada hogar. Esto dentro del marco de dos aspectos a comparar: el marco normativo de la institución (*misión, visión*) y la práctica de atención implementada por la auxiliar de enfermería, a fin de conocer la coherencia institucional con la práctica.

##### **4.4.1 Marco de Normas instituidas que rigen la propuesta observada**

En este aspecto se dará a conocer la propuesta de atención y cuidado al adulto mayor institucional de cada hogar, con el cual la institución espera regir y orientar las actividades y prácticas dentro del hogar.

En el caso del Hogar 1, se encontró que cuentan con una *misión* que propende por trabajar en el bienestar físico, emocional, espiritual y social del adulto mayor, mediante la oferta de productos y servicios que se ajusten a las necesidades de esta población, y la atención de personal calificado y comprometido con la dignidad del adulto mayor, lo cual se da a conocer en las redes sociales de la institución.

Al indagar en entrevista con el administrador del hogar sobre lo que ofrece el hogar indicaba:

*“enfermera 24 horas, psicoterapeuta, servicio cocina que vienen separados todos los alimentos, terapia artística, ocupacional”* (Entrevista a J, 2018).

En contraste con lo que se pudo observar en el hogar, los servicios estaban orientados a la asistencia del adulto mayor en alimentación, baño, hospedaje y apoyo para la movilidad, es decir, un servicio asistencialista que no estaría abarcando aspectos más allá de lo orgánico. Si bien en la *misión* hay una oferta ajustada a necesidades del adulto mayor, no se evidencia que haya una inclusión de las demandas del adulto mayor adicionales a las orgánicas. La demanda en el hogar está basada en la ley, sobre lo que se espera de una institución privada encargada de los cuidados del adulto mayor, que ofrezca hospedaje, alimentación y atención de enfermería, dejando a un lado lo relacionado con el carácter social e integral que propende en la *misión*. En este sentido, se encuentra que la propuesta de atención y cuidado del Hogar 1 se enmarca dentro un modelo organicista (Cornachione, 2008) en donde las actividades de cuidado se limitan a la alimentación, la administración de medicamentos, la limpieza y apoyo en la movilidad. Es decir, en cuidar a la persona desde lo biológico, dando asistencia de necesidades fisiológicas a quien se deteriora física y psicológicamente. De aquí que la atención tenga una base fuerte desde la medicina, favoreciendo la extensión de la esperanza de vida, pero aportando a las vivencias de enfermedades crónicas sin un apoyo diferente al cuidado organicista (Buch, 2015).

Por otro lado, el Hogar 2 desde sus medios oficiales (redes sociales, página web) indica que es una institución gerontológica y que como *misión*<sup>4</sup> se plantea ser una organización campestre dedicada al cuidado del adulto mayor y, a su vez, ser un lugar para vivir y convivir. Para lo anterior, se indica en la misión, se plantean un programa diseñado desde la afectividad que brinde solución y apoyo en diferentes áreas (espiritual, psicosocial, cognitiva y recreativa) que contribuyan en la calidad de vida, el bienestar y desarrollo integral de los residentes. Con esta misión el hogar espera ser reconocido por su programa de atención diseñado desde la afectividad. De esto pudo evidenciarse en las observaciones que la propuesta de atención en este hogar tiene una apuesta desde el lazo social y que se refleja en la forma que se busca que haya una interacción dentro del hogar como indicaba la administradora en entrevista. Esta apuesta se empezó a implementar luego de que la administradora llegara a trabajar en el hogar como indica ella en entrevista. Desde las observaciones se evidencia la forma en que los adultos mayores realizan actividades en las que se integran o participan en las actividades propuestas. De aquí es posible ubicar la propuesta de atención desde un modelo contextual-dialéctico (Cornachione, 2008) dado que se otorga importancia del adulto mayor con relación a su entorno, es relevante el medio y la relación hombre-sociedad.

También, se observó que el Hogar 2 presta servicios similares a otros hogares, habitaciones individuales y compartidas hasta por máximo tres personas: alimentación, hospedaje, limpieza, aseo personal y terapia ocupacional. Sin embargo, se observa en el comportamiento de los adultos mayores una sensación de comodidad en el lugar: no se veían como pacientes, esperando a ser atendidos. Algunos jugaban parkés, otros leían, otros hablaban entre ellos; no se veían aislados o solitarios, se sentía un espíritu de compañerismo o amistad entre los adultos mayores (nota de campo, visita 9 de noviembre, 2019).

---

<sup>4</sup> <https://hogargeriatricosamaria.com/nosotros>

#### **4.4.2 Actividades propuestas en el Hogar geriátrico**

Este aspecto pretende abarcar las actividades propuestas en cada hogar observado a fin de poder comprender la forma en que se llevan a cabo las actividades en el hogar, sus propósitos y forma de participar de los adultos mayores y encargadas de su cuidado.

Durante las observaciones realizadas en el Hogar 1 se evidenció que las actividades propuestas no parecían ser del interés de los adultos mayores (nota de campo Hogar 1, visita 28 de octubre, 2018). Al intentar hacer caminar a los adultos mayores, no mostraban resistencia, pero algunos procuraban que la caminata fuera corta (nota de campo Hogar 1, visita 28 de octubre, 2018). Las propuestas de actividades surgían desde las auxiliares de enfermería. Las actividades que se pudieron observar como propuesta fueron jugar parques y con la pelota. Con el juego de la pelota, se observó que rápidamente perdían interés en la actividad y el propósito de la pelota era que movieran los brazos (nota de campo Hogar 1, visita 28 de octubre de 2018). En el juego de parques se evidenció un poco más de interés de los adultos mayores, aunque eran ayudados por los practicantes de enfermería, eran los adultos mayores quienes lanzaban los dados y movían las fichas con indicaciones de los practicantes. Pese a que el objetivo con este juego fuera el de ocupar a algunos adultos mayores, pudo notarse que hubo un mayor involucramiento del adulto en la actividad, pues se le pedían acciones y se le mostraba cómo influenciaba esa acción en el movimiento de la ficha. Al final, ganó un adulto mayor y se le celebró indicándole que había ganado (nota de campo Hogar 1, visita 28 de octubre, 2018).

Se puede considerar que esta segunda actividad permitió ver que la interacción con otros, no de manera repetida y sin sentido, e involucramiento del adulto mayor en la actividad, genera mayor interés y participación voluntaria del adulto (nota de campo Hogar 1, visita 25 de noviembre, 2018). De aquí que puede pensarse en actividades que además de captar la atención del adulto mayor, promueva un involucramiento con sentido de este.

En cuanto a las actividades propuestas en el Hogar 2, se pudo evidenciar un interés por la participación e involucramiento del adulto mayor en lo que se hacía, ante esto la administradora en entrevista indicaba que buscaba evitar actividades que no promovieran una integración entre sus participantes. Se realizan actividades que propendan por una integración que facilite un vínculo entre quienes conviven en el hogar.

En las observaciones se pudo evidenciar que en la rutina del día está el espacio para realizar una actividad de ocio o de integración. Se observó a las auxiliares de enfermería, en horas de la tarde, justo luego de la siesta de después de almuerzo, ir a las habitaciones de los adultos mayores para invitarlos al salón principal. En este hogar se observa, también, que la mayoría de los adultos mayores que conviven deciden sobre la actividad de ocio que desean hacer: piden los instrumentos para su actividad (parqués, libro, colores, entre otros) y se sientan a hacer la actividad. También hay propuestas de actividades por parte de las auxiliares de enfermería como indica la administradora en entrevista que propenden por acompañar al adulto mayor e involucrar al adulto mayor en actividad del día.

Adicional a los aspectos mencionados para comparar en esta categoría, durante las entrevistas surgió un nuevo aspecto: la dignidad del adulto mayor. Esta es importante para comprender cómo entienden las personas que dirigen estos hogares la dignidad. En cuanto a la ley que protege al adulto mayor (desde la Ley 1251 de 2008 y 1315 de 2009) se busca que los hogares geriátricos ofrezcan servicios que dignifiquen la estadía del adulto mayor en estos lugares y suele relacionarse con el estado de la apariencia física del adulto. Sin embargo, la dignidad va más allá de lo aparente. Frente a esto Desviat (2016) propone que el tratamiento (él lo explica desde la salud mental) debe orientarse a atribuir sentido a lo que le sucede al sujeto, ubicado desde el respeto a la dignidad de la persona; que el tratamiento no se vuelva lo que controle la vida de esta y no la deshumanice por consecuencia de lo que le sucede. En el caso de los adultos mayores suele verse afectada esta dignidad dado que

muchas de las rutinas y actividades pueden ser impuestas y no atienden a lo que el adulto mayor desea o tiene como demanda (Waigand y Broeders, 2019)

En el caso de los hogares aquí analizados, se encuentra en las entrevistas a ambos directores, referencias que resaltan actos de respeto a la dignidad del adulto mayor. En ambos hogares se plantean indicaciones desde su dirección para orientar las prácticas de cuidado y atención a los adultos mayores, en donde se limite un poco la intervención de la auxiliar de enfermería en la rutina del adulto mayor. Sin embargo, hay reglas y normas instituidas que no suelen ser tan flexibles en las actividades de práctica de cuidado, como por ejemplo lo son las actividades de baño o la cena, pero aquí radica la forma en cómo el trato hacia el adulto mayor puede permitirle ser respetada o vulnerada su dignidad.

De acuerdo con lo hallado en los hogares y lo encontrado en entrevistas, se resalta una diferencia entre estos dos lugares observados sobre la forma como se da la interacción entre las auxiliares de enfermería y los adultos mayores; en el Hogar 1 el modelo de atención organicista enmarca la práctica de cuidado y las formas de proponer actividades, pese a que propende en sus valores institucionales la búsqueda de una atención integral, termina concibiendo al adulto mayor desde lo biológico, desde el deterioro físico y de su salud mental, relacionado con el órgano del cerebro y su sistema nervioso, lo cual nos permite pensar en esta institución como un espacio con pocas propuestas para la interacción social y con pocas invitaciones a resignificar el día a día en la vida de los adultos mayores que viven allí. (Gerena, Gracia, Espejo, Cano y Sánchez, 2010)

Terminamos conociendo entonces un sujeto institucionalizado, que vive bajo las necesidades de la institución, en donde debe cumplir normas, horarios, reglas, en donde su demanda queda supeditada a las necesidades de la institución y el personal, instituido, obedece a la demanda de la institución (Manero, 1990). No hay un enlace con otro que invite a vivenciar la realidad más allá de lo instituido, de lo reglamentado para cada día.

Desde el Hogar 2, por su parte, aunque su concepción de adulto mayor se enmarca similar al modelo organicista como en el hogar 1, su propuesta de atención, en cambio, se inscribe más desde el modelo contextual-dialéctico, que de acuerdo con Cornachione (2008), la relevancia está puesta desde la interacción sujeto-sociedad donde lo que suceda en el entorno del sujeto es importante y su relación con otros. En este hogar la propuesta de atención busca promover la interacción entre adultos mayores y el respeto de estos en las prácticas de cuidado, pero este respeto propende más una empatía desde considerar al adulto mayor como una persona enferma que necesita y debe ser tratado sin burla o lenguaje que le humille, a fin de permitir que se relacione con otros, pero de quien no se debe esperar mayor participación para proponer o crear diferentes formas de experimentar la vida en el hogar.

#### **4.5 El adulto mayor y la realidad**

Otro aspecto que emergió durante las observaciones en el hogar y entrevista a administradores del hogar fue lo relacionado con el adulto mayor y la forma en que toma referentes de la realidad en sus interacciones con otros. Esto se considera importante para la comprensión de la problemática en los dos hogares, puesto que permite evidenciar la participación del adulto mayor en la realidad que vive y cómo la significa:

En esta categoría se recogen apartados de los sucesos observados y manifestaciones de los entrevistados que dan cuenta de la forma como subjetivamente el adulto mayor significa su realidad. Hay acciones o menciones de los adultos mayores que dan cuenta de que hacen uso de los recursos sociales y los acomodan de forma tal que les permita mantener una relación con la realidad y con el medio que habita.

En el hogar 1 fue posible escuchar conversaciones que ponen en evidencia la relación experiencial del adulto mayor con lo que sucede en el día a día en este lugar (nota de campo Hogar 1, visita 17 de noviembre, 2018). Esto permite entender que lo que sucede en el día a

día no es ajeno al adulto mayor. Este percibe su entorno y procesa cada elemento de la realidad que enfrenta, tomando como recurso lo dispuesto desde lo social e internaliza desde lo simbólico. Por eso, por ejemplo, se expresan hacia las auxiliares de enfermería como “las de blanco”; desde una categoría como la vestimenta logran posicionarlas en un lugar diferente con respecto a quienes visitan o quienes administran el hogar.

Esto sirve de ejemplo de que la realidad que se presenta ante los adultos mayores activa esos procesos subjetivos como son las representaciones que hace sobre la realidad o los sentidos otorgados a lo que viven cada día. Estos procesos continúan realizándose, pese al diagnóstico psiquiátrico que hayan recibido.

Por otro lado, si se excluye al adulto mayor de esta posibilidad de hacer frente a su realidad desde los mecanismos subjetivos con los que cuenta, se les estaría desconociendo su capacidad de experimentar su propia vivencia y se le ayuda a incrementar sus percepciones de incapacidad para adaptarse a la realidad. Un ejemplo de esto es lo que indica la administradora del Hogar 2 en entrevista:

*“Nosotros generalmente tratamos de que los abuelos no reciban esas noticias (cuando un paciente fallece). Los que están lúcidos lo toman bien.... 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... Ellos no pueden solucionar nada. Para qué involucrarlos si eso les va a hacer daño”*  
(Entrevista a MD, 2019).

Si se considera que un adulto mayor no puede soportar o dar un manejo a situaciones de la vida, es negarle esa posibilidad de procesar lo que sucede, de comprender de una mejor manera los procesos naturales de la vida, como lo es la muerte, por ejemplo. La angustia aumenta en la medida que se dan motivos que generen mayor incertidumbre.

De aquí que los gestos, las formas de referirse a las cuidadoras o las visitantes (“las niñas”) o de identificar la persona que “manda” en el lugar, dan cuenta de procesos subjetivos valiosos, que evidencian capacidades con las que aún cuentan los adultos mayores para hacer frente a la realidad que se les presente. Aunque en los adultos mayores prevalecen sus vivencias pasadas, los procesos subjetivos que continúan durante la etapa de vejez posibilita que se puedan generar nuevos recuerdos los cuales estarán vinculados con las memorias ya existentes; como dice Beauvoir (1970), “nuestros recuerdos no pueden descalificar nuestra experiencia actual” (p. 556).

Las discusiones anteriores llevan a proponer una intervención que posibilite al personal encargado del cuidado del adulto mayor plantear una forma diferente de pensarse el cuidado, construir una concepción diferente sobre la vejez y el adulto mayor, y el beneficio mutuo que tiene una relación con encuentros significativos.

## **5. Propuesta de intervención**

### **5.1 Presentación de la propuesta de intervención**

Hasta ahora se ha encontrado que los modelos de atención observados han tenido limitaciones en cuanto parten de una concepción de adulto mayor como una persona incapaz, que llega al hogar geriátrico a ser atendido, es decir que es concebido desde un modelo organicista, médico, más que desde una perspectiva social. Sin embargo, en ningún caso se evidencian propuestas que inviten al adulto mayor a pensar su realidad desde su capacidad para gestar proyectos con sentido, que le posibiliten por un lado más recursos subjetivos para percibirse a sí mismo como un sujeto que aun cuenta con posibilidades y/o capacidades para estar y ser en su mundo; y encontrar maneras de representar su realidad sin que ésta deba ocultársele porque se considera socialmente que no lo va a manejar de la mejor forma. Como indica Cornachione (2008), la negación de las diferentes pérdidas que se puedan

presentar en diferentes momentos en la vejez conduce al adulto mayor a impugnar lo real como bien propio o derecho de existencia.

Desde la política colombiana se lanzan unas directrices hacia las instituciones gerontológicas que en el discurso escrito, busca lograr más de lo que pide de las diferentes instituciones, por ejemplo, la autonomía el cual es un derecho que promueve que cada persona tenga la oportunidad de decidir sobre cómo orientar su plan de vida para desarrollarse según su determinación y, en el marco de este derecho, se inscribe el respeto al permitir a las personas ser como según su determinación lo disponga; sin embargo, en el caso del adulto mayor que presenta deterioros físicos y psicológicos parece perder más que su autonomía, el respeto a vivir dignamente su vejez, lo pierde socialmente. Esto se da en la medida que es deshumanizado en las interacciones sociales, no es involucrado cuando se está pensando sobre la demanda de esta población, cuando al disminuir su producción laboral y demanda más ayuda asistencial, se convierte en una carga para la sociedad, pues no se le comprende en su forma de ser viejo y terminan siendo sujetos institucionalizados, al servicio de la demanda de la institución geriátrica.

Las instituciones, como puede verse en los casos observados en este diagnóstico que se presenta de la problemática, aplican la directriz de ley: ofrecen hospedaje y posibilitan asistencia social y de salud al adulto mayor que no puede estar con su familia o vivir solo en su domicilio. Esto, por una parte, puede favorecer la dignidad del adulto mayor; pero, por otro lado, al desconocer su autonomía y posibilidad de participación social propositiva y activa puede perderse este respeto por la dignidad del sujeto cuidado en el hogar (Waigand y Broeders, 2019; Zazzetta, Machado, Antoniossi y Souza, 2017). Como se ha indicado en este documento, se han construido socialmente representaciones negativas sobre la vejez, que se ven reflejadas en las formas de cuidado y de interacción con el adulto mayor al interés de un hogar geriátrico. De aquí que aún se encuentren pensamientos sobre que en el hogar

geriátrico sólo se espera la muerte del adulto mayor. Todo esto hace que valga la pena preguntarse ¿qué estrategias de intervención psicosocial pueden permitir al adulto mayor ser tratado como actor participante y cambiante de su realidad social, logrando el respeto como sujeto digno?

Con esta pregunta se presenta en el desarrollo de este capítulo una intervención que busca sensibilizar a los encargados de cuidados del adulto mayor de dos hogares geriátricos (cuidadoras y auxiliares de enfermería) sobre nuevas formas de significar al adulto mayor como sujeto que desea, que tiene palabra, que puede ser respetado en cuanto a las formas como vive la vejez, y encontrar espacios que den oportunidad a las posibilidades y capacidades que el adulto mayor tiene. Esto se llevará a cabo a través de un programa cuyo marco conceptual está basado en el modelo contextual-dialéctico y tendrá como metodología el aprendizaje dialógico, que busca transformar concepciones de vejez y adulto mayor enmarcados desde lo que carece el adulto mayor y la enfermedad, hacia una concepción de vejez como una etapa del proceso de desarrollo de una persona con capacidades para aprender de su entorno y adaptarse, para relacionarse con otros, y para participar activamente en sus vivencias, hasta donde su realidad médica lo permita.

## **5.2 Objetivos de la Intervención**

### **5.2.1 Objetivo general**

Generar espacios de reflexión tendientes a transformar las prácticas de intervención con los adultos mayores de manera que se les asuma como sujetos con capacidades y posibilidades en términos de su proceso de desarrollo.

### **5.2.2 Objetivos específicos**

- Generar un espacio de discusión sobre las formas de pensar la vejez y lo que significa ser adulto mayor, de las personas a cargo del cuidado de los adultos mayores.

- Generar encuentros dialógicos en los cuales se analice de manera crítica las formas de atención y cuidado del adulto mayor que implementan las auxiliares de enfermería en el hogar geriátrico.
- Promover una reflexión sobre el lugar que se propone al adulto mayor en las interacciones que se generan en lo cotidiano, enfocándose en las capacidades y posibilidades que aún tienen o pueden desarrollar.

### **5.3 Referencia conceptual**

La propuesta de intervención “*Cuidado integral al adulto mayor: una propuesta de intervención psicosocial*” parte de los hallazgos encontrados durante las observaciones y entrevistas en los dos casos de hogares, en donde se identificaron aspectos relevantes en la relación de adulto mayor y persona encargada del cuidado de este, que median la forma de trato y la forma de dar lugar al adulto mayor, lo que, a su vez, influye en el rol que asume el adulto mayor en el hogar. Estos elementos son la concepción de vejez y adulto mayor, la forma de trato hacia el adulto mayor, y el rol del adulto mayor resultante de esta interacción con quien le cuida. De aquí, se plantea entonces la pregunta que orienta la propuesta de intervención que se desarrolla en este apartado: ¿Qué tipo de intervención debe implementarse para promover el cambio de representaciones negativas sobre el adulto mayor y virarlas hacia una representación que posibilite un cuidado y atención de éste, desde el respeto a la dignidad y subjetividad del sujeto cuidado?

Para responder a esta pregunta, se hace pertinente organizar el marco conceptual a la luz de dos categorías grandes: la representación de vejez y adulto mayor, y el tipo de interacción entre adulto mayor y las personas encargadas del cuidado de éste.

### **5.3.1 Representación de vejez y adulto mayor**

Para comprender la construcción de representación social que han internalizado las personas con quienes se va a trabajar en esta intervención –en este caso las auxiliares de enfermería- se hace pertinente el uso de la construcción de representaciones sociales que plantea Álvarez (2002), pues indica que esta construcción se da en dos momentos; el primer momento alude a la construcción que se da cuando el sujeto realiza una interpretación de la realidad a través de la relación que tiene con el medio, y el segundo momento refiere al proceso de anclaje de la representación construida desde el contexto sociocultural y la interpretación que se da desde lo individual.

En este sentido, para lograr la transformación de representación que se pretende en esta intervención, primero se hace importante conocer lo que cada auxiliar de enfermería (personas a quien se le encarga el cuidado del adulto mayor en el hogar) ha construido como realidad bajo la cual se crean las representaciones negativas frente a la vejez y, lograr en la intervención que el segundo momento en la construcción de representación -el del anclaje- permita que, mediante un análisis crítico sobre la práctica de cuidado que se realiza, se promueva una transformación de la representación de vejez y adulto mayor que dé lugar al adulto mayor como sujeto y no objeto de intervención. (Waigand y Broeders, 2019).

### **5.3.2 Tipo de interacción entre adulto mayor y cuidadores**

Luego de identificar las representaciones sobre vejez y adulto mayor que tengan las auxiliares de enfermería se promoverán actividades en la intervención que transformen el tipo de interacción que se da entre la auxiliar de enfermería y el adulto mayor. De tal forma que las concepciones organicistas sobre el adulto mayor y la vejez den paso a unas concepciones que tomen en cuenta la relación del adulto mayor con su medio, su capacidad subjetiva para adaptarse a los cambios que trae su proceso de envejecimiento, y la relevancia

de que esto suceda dentro de un contexto social que se lo permita y posibilite, como indica el modelo dialéctico-contextual (Cornachione, 2008)

El modelo dialéctico-contextual, de acuerdo con Cornachione (2008), propone un sujeto que a lo largo de su vida presenta múltiples cambios, lo cual le implica al sujeto tener una gran capacidad para adaptarse frente a cada cambio. De aquí que el desarrollo desde este modelo se da lo largo de la vida, pero, también propone este modelo, son cambios que se relacionan de manera dinámica con el contexto y se condiciona mediante el proceso dialéctico. Es a través de la relación subjetiva con el contexto y condicionado por el proceso dialéctico que el sujeto constituye su actividad y su postura forma de vivir y afrontar la realidad. De aquí que el medio y el proceso dialéctico, como forma de poner en diálogo lo construido subjetivamente desde lo individual con lo compartido intersubjetivamente en la relación con el contexto cultural y social, sean relevantes para responder a la pregunta sobre una propuesta de intervención que permita mediante lo dialógico, lograr que los cuidadores del hogar profundicen sobre las representaciones construidas alrededor de la vejez y el adulto mayor para luego, en ese intercambio, reflexionar hacia una transformación de representaciones negativas sobre estos el adulto mayor y la vejez.

### **5.3.3 Aprendizaje Dialógico**

Dentro de este marco de referencias para lograr desarrollar la propuesta, se hace pertinente incluir como referente conceptual los planteamientos del aprendizaje dialógico<sup>5</sup>, para enmarcar la metodología de la propuesta aquí desarrollada. Este aprendizaje dialógico, de acuerdo con Aubert, Flecha, García, Flecha & Racionero (2008), se orienta a reconocer que el conocimiento se da de manera profunda desde una enseñanza colaborativa, en el que a partir de la comunicación con otros, la interacción con otros, se va gestando la construcción

---

<sup>5</sup>Comunidades de aprendizaje actuaciones de éxito.  
<https://comunidadesdeaprendizaje.net/presentacion/aprendizaje-dialogico/>

de la realidad y es en el diálogo con otros que esta construcción va tomando sentidos y significados desde un plano intersubjetivo (desde lo social), que, a su vez, va siendo interiorizado para nutrir el conocimiento intrasubjetivo (conocimiento propio); es decir, que es en la interacción con otros mediada por el diálogo, que se produce y transforma el conocimiento.

Como indican Aubert, Flecha, García, Flecha & Racionero (2008), se construye conocimiento en la medida que hay una interacción desde una relación de igualdad con otro, en donde no se anula lo preconcebido, sino que se reconoce como aporte a la discusión, pero se usa en diálogo para consensuar esas representaciones. De aquí que el enfoque dialógico traído de este tipo de aprendizaje, sea útil como paradigma metodológico en esta intervención, pues este enfoque permitirá poner en el centro del diálogo los diferentes saberes y experiencias de vida de la población a intervenir, permitiendo hacer significativa las experiencias de vida y construir conocimiento desde un plano intersubjetivo e irlo haciendo propio, no desde una resignación de aceptar el saber dado, sino desde una participación activa que permite al sujeto aportar en ese conocimiento, pues se construye en diálogo con él. (Aubert, Flecha, García, Flecha & Racionero, 2008)

Por consiguiente, para la propuesta de intervención aquí desarrollada se hará uso de este enfoque y de los principios que orientan el aprendizaje dialógico, para lograr transformar concepciones preconcebidas de los cuidadores de adultos mayor en el hogar geriátrico, a través de un intercambio dialógico sobre las prácticas de cuidado del adulto mayor y la forma de concebirlas.

En este sentido la intervención aquí propuesta se enmarca en los principios del aprendizaje dialógico que explican los autores Aubert, Flecha, García, Flecha & Racionero (2008):

-Diálogo igualitario, en cuanto a que todos los participantes tienen lugar a la palabra durante los intercambios dialógicos considerando los aportes desde la validez de los argumentos y no desde una posición de poder.

-Inteligencia cultural, con este principio se busca tener en cuenta las diferentes capacidades cognitivas de las personas, sin menospreciar o considerar inferior los aprendizajes no formales que tengan las personas que participan en un intercambio dialógico. Con este principio se parte de que las personas cuentan con una inteligencia cultural que les ha permitido aprender diferentes cosas y de diferentes maneras, por lo cual tienen la misma capacidad para participar que personas que hayan pasado por formación formal como un pregrado o posgrado.

-Transformación, en cuanto a que el espacio de intercambio dialógico transforma la forma de las relaciones entre los participantes y su entorno, al sentirse capaces de dar argumentos y aportar al diálogo, se superan barreras de participación, se transforman las formas de percibir los propios conocimientos y se motiva en el diálogo a profundizar en esos conocimientos. Se transforma la forma de aprender, pues no se excluye en este tipo de aprendizajes.

-Dimensión instrumental, este principio refiere a la posibilidad de construir los conocimientos necesarios para abordar de manera profunda y académica un tema concreto en un marco dialógico, donde a través del diálogo y la reflexión se promueve el desarrollo de la capacidad cognitiva del individuo.

-Creación de sentido. Desde el aprendizaje dialógico el sentido resurge en las relaciones con el entorno y con las otras personas en cuanto a que es el individuo quien agencia su forma de aprender y lo que desea aprender en ese intercambio dialógico.

-Solidaridad. Este principio importante en la interacción entre individuos parte de la colaboración de los participantes para construir conocimiento, permitiendo que se den

reflexiones colectivas desde diálogos igualitarios, donde cada postura crítica es respetada y debatida con argumentos de validez que busquen también hacer que cada participante reflexione sobre lo que piensa a su vez que aporta a otros a reflexionar sobre lo que aporta. Se busca con esto un aprendizaje colectivo, que todos tengan la oportunidad de participar, de escuchar y ser escuchado.

-Igualdad de diferencias. Este principio refiere al derecho de igualitario de aprender de cada persona y a aceptar la diferencia en la forma de pensar y conocer de cada individuo. Todos somos iguales y por tanto son importantes los aportes que cada uno pueda hacer en el intercambio dialógico, pero somos diferentes en cuanto a la forma como aprendemos y a lo que deseamos aprender, por lo que se busca el respeto a la diferencia. No hay exclusión por diferencia cultural, académica o de edad en un espacio dialógico, pero se acepta el derecho de todos para, a partir de sus diferencias, construir su forma de vivir, de pensar, de dialogar.

#### **5.4 Escenario de intervención - población**

Como se observó en los hogares, es importante el rol de las auxiliares de enfermería y cuidadores de los adultos mayores, pues son quienes ayudan y apoyan el proceso de envejecimiento que va experimentando cada adulto mayor en el hogar; además, son quienes pueden favorecer un envejecimiento activo, dando protagonismo al adulto mayor, y promover el respeto de la heterogeneidad en el hogar tratando y atendiendo a cada adulto mayor desde sus particularidades, logrando con esto que se posibilite el desarrollo del adulto mayor y se aporte a la salud y bienestar de éste (Waigand y Broeders, 2019)

De aquí la importancia de realizar la intervención con las auxiliares de enfermería de cada hogar: tres del Hogar 1 y cuatro del Hogar 2, que en total serían siete auxiliares de enfermería las que se invitarán a participar en las actividades propuestas en esta intervención.

El espacio de interacción en el que se pretende conocer y actuar, mediante el diálogo y reflexión, sobre las representaciones de vejez y envejecimiento son los dos hogares geriátricos en donde se realizaron las observaciones, pues presenta un espacio propicio para realizar las actividades de intervención durante el turno de las auxiliares de enfermería y trabajar en el espacio donde se dan la práctica de cuidado y atención al adulto mayor.

## **5.5 Metodología**

A partir de la problemática analizada en los dos hogares observados en este trabajo, se pretende crear una intervención que promueva reflexiones dialógicas alrededor de las concepciones de vejez y adulto mayor que tengan las personas encargadas del cuidado del adulto mayor en el hogar, posibilitando que se construya con estas reflexiones nuevas formas de interacción con el adulto mayor, en donde se tenga en consideración que el adulto mayor cuidado es una persona en un proceso de desarrollo, con capacidades y posibilidades de ser un participante activo en las actividades de cuidado.

Para llevar a cabo lo anterior, se propone iniciar con la identificación de las ideas sobre la vejez y lo que significa ser adulto mayor que tengan las auxiliares, permitiendo que hablen de sus percepciones y estereotipos en relación con sus prácticas de atención y propuestas de actividades al adulto mayor. Continuar con encuentros dialógicos que permitan el análisis crítico de las formas de cuidado al adulto mayor que se implementa en el hogar por parte de las auxiliares de enfermería y el lugar que se otorga al adulto mayor en estas prácticas de cuidado ; para luego llevar a los participantes de esta intervención hacia espacios dialógicos que permitan la construcción de nuevas formas de interacción con el adulto mayor y el análisis de la coherencia de la propuesta institucional con la práctica diaria dentro del hogar.. El proyecto se hará a través de herramientas de intervención con enfoque dialógico como son las mesas de discusión, tertulias dialógicas y el diario dialógico.

Además, la intervención que se propone en este apartado se piensa desde un proceso de *hacer para transformar*, como indica Montero (2007), en la medida que la intervención se desarrollará en tres fases que responde a cada uno de los objetivos específicos de esta propuesta las cuales irán acompañadas de actividades significativas relacionadas con la realidad vivida por las auxiliares y recogiendo los intereses particulares que se van desarrollando durante el proceso.

A continuación, se presentan los recursos metodológicos que se implementarán para lograr el cumplimiento de los objetivos de esta intervención:

### **5.5.1 Mesas de discusión**

De acuerdo con la GTZ (2007), las mesas de discusión son un espacio fructífero para que un grupo determinado intercambie información sobre problemas comunes, experiencias de vida que aporten a un tema del interés de discusión. Estas mesas deben funcionar como foros abiertos y ser flexibles para que los participantes se comuniquen e intercambien sus percepciones y experiencias. Para promover la participación de las auxiliares en estas mesas el interventor.

De esta manera, las mesas de discusión resultan un instrumento útil en esta intervención dado que tendrán como eje central el diálogo para develar cuestionamientos acerca de la vejez y proponer saberes que transformen la comprensión de sujeto y proceso de envejecimiento. En este diálogo se espera que emerja, más que información, lo subjetivo de las cuidadoras sobre lo que conciben sobre la vejez y adulto mayor, sus representaciones sobre esta realidad que se les presenta a diario y sus mecanismos subjetivos de afrontarlo, por lo que acceder a estos sentidos, representaciones y significados se hace importante.

### **5.5.2 Tertulias dialógicas**

Las tertulias dialógicas son un escenario participativo que posibilita la construcción colectiva de sentidos, significados intersubjetivos y de conocimiento con base al diálogo con todos los participantes de la tertulia.

De acuerdo con lo definido por Comunidades de Aprendizaje<sup>6</sup>, las tertulias dialógicas se basan en el diálogo entre los participantes en relación con una lectura, película u otro medio estético o científico propuesto, para promover el compartir de conocimientos y descubrimientos alrededor de lo que se ha trabajado en la tertulia. Esto se posibilita a través del diálogo, pues además de compartir sus propias interpretaciones los participantes pueden expresar aquello que le haya suscitado interés sobre la lectura, lo cual enriquece el intercambio de interpretaciones, saberes, descubrimientos y aporta en la reflexión crítica individual y colectiva de los temas que se abarcan en la tertulia.

De aquí que esta actuación de éxito que propone Comunidades de Aprendizaje resulta un instrumento útil para la intervención que se propone en este documento, dado que este escenario favorece una reflexión crítica sobre las concepciones de vejez y adulto mayor que puedan tener las auxiliares de enfermería y sobre las prácticas de cuidado que realizan. La metodología recoge esta herramienta e incluye lecturas que buscarán llevar a una reflexión crítica y profunda estas concepciones y prácticas de cuidado, a través del diálogo igualitario entre las auxiliares de enfermería de cada hogar y entre éstas y la interventora psicosocial que orientará las actividades.

### **5.5.3 Diario dialógico**

El diario dialógico como instrumento de intervención sobre lo subjetivo, permite que se configuren y recreen pensamientos, sentimientos, la acción y la palabra de quienes lo escriben y se compartan en el espacio de intercambio dialógico, lo cual al ser discutido y analizado en esta interacción entre los participantes, se colectiviza la experiencia y de ahí que pueda teorizarse sobre algunas situaciones de la experiencia o replantearse conocimientos que se tengan como establecidos (Green, 2014).

---

<sup>6</sup> Para consultar más información sobre Comunidades de aprendizaje y sus actuaciones de éxito, como lo son las tertulias dialógicas consultar el enlace <https://comunidadesdeaprendizaje.net/actuaciones-de-exito/tertulias-literarias-dialogicas/>

A través de los diarios dialógicos se posibilita abordar la experiencia de manera consciente, y analítica a través de la actividad narrativa y reflexiva al que el diario da lugar, pues el diario es útil como material de autoconocimiento en tanto se da en cuatro dimensiones: el de escribir, el de reflexionar, el de integrar en el diario lo expresivo y lo referencial, y es un instrumento de carácter histórico y longitudinal de la narración (Aguilar, 2005).

De aquí que resulta útil en esta intervención el uso de este instrumento para reflexionar sobre las prácticas de cuidado, con el cual se logre pensar y discutir de manera crítica lo qué y cómo se hace en cuanto al cuidado del adulto mayor, promover en con el diario dialógico la previsión de necesidad de cambio, experimentar los cambios y consolidar una nueva actuación por parte de las cuidadoras sobre su práctica de cuidado.

La escritura del diario apunta al autoconocimiento sobre la práctica de lo que se hace, pero con lo *dialógico* se permite profundizar el análisis crítico de lo que se hace, lo cual se aplicaría en los diarios de las auxiliares de enfermería al ofrecerse un escenario de intercambio de apartados sobre lo escrito con lo que la interventora, como un otro igual, puede dar la opinión sobre lo leído, haciendo preguntas que promuevan una reflexión en donde se problematice el lugar del adulto mayor cuando es concebido como un adulto incapaz de agenciar su propia vejez, en tanto se le anula como sujeto.

## **5.6 Fases de la propuesta de intervención**

La propuesta de intervención "*Cuidado integral al adulto mayor: una propuesta de intervención psicosocial*" está pensada para ser realizada en cuatro fases que orientan los escenarios de reflexión dialógica y que responden a los objetivos específicos planteados en esta intervención. Las propuestas de actividades y estrategias implementadas en búsqueda del cumplimiento de cada objetivo trazado en esta intervención son coherentes con los

referentes conceptuales indicados en la metodología. A continuación, se presenta cada fase, los objetivos con los que se relaciona y las actividades propuestas:

### **5.6.1 Fase 1 - Identificación de concepciones preestablecidas sobre vejez y adulto mayor.**

El enfoque dialógico permite poner en descubierto los saberes y representaciones que se tengan sobre el envejecimiento y vejez. En esta fase se pretende conocer la información que tienen las auxiliares de enfermería en lo relacionado a las prácticas de cuidado y atención de adulto mayor, conocer los saberes que se han apropiado como eje orientador de la práctica (conocimiento intrasubjetivo) y que pueden estar en diálogo, tanto el saber experto (Castro, 2013) como otro diferente, por ejemplo, el que viene de su experiencia de la práctica. Y, en medio de estos saberes ir hilando la representación que tienen sobre la vejez y el adulto mayor que cuidan.

**Objetivo específico relacionado** Generar un espacio de discusión sobre las formas de pensar la vejez y lo que significa ser adulto mayor, de las personas a cargo del cuidado de los adultos mayores.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Estrategia</b>        | Mesas de discusión   |
| <b>Ejes orientadores</b> | Para garantizar que el diálogo en las mesas de discusión cumpla con el objetivo propuesto para esta actividad de identificar representaciones preconcebidas de vejez y adulto mayor se sugieren los siguientes ejes temáticos para la mesa de discusión con preguntas orientadoras:<br><br>- Vejez y adulto mayor: ¿Qué es la vejez? ¿qué significa ser adulto mayor? ¿Cómo saber que una persona puede ser calificada como adulto mayor? ¿Hay otras formas de determinar cuando una persona es mayor de |

edad diferente a la edad cronológica? ¿Cuáles son las características de la vejez?

- Desarrollo del adulto mayor: ¿Puede hablarse de desarrollo en el adulto mayor? ¿Cómo se da un proceso de envejecimiento? ¿Qué elementos influyen en el proceso de envejecimiento?

- Integración y lazo social del adulto mayor: De la experiencia en la práctica de cuidado, ¿qué pasa con la interacción del adulto mayor en el hogar? ¿Interactúa con otros? Si lo hace, ¿de qué manera se presenta esto? ¿Cuál es su opinión sobre la forma de interactuar con el adulto mayor mientras es cuidado por usted? ¿le habla al adulto mayor o este le habla?

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Objetivo de actividad</b> | Identificar concepciones preestablecidas sobre la veje y el adulto mayor que tengan las auxiliares de enfermería |
|------------------------------|--|

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Actividad</b> | Para el desarrollo de la mesa de discusión, se convocará a las auxiliares de enfermería que trabajan en el hogar a participar en la identificación de experiencias comunes sobre el cuidado del adulto mayor y a compartir sus saberes sobre lo que les significa la vejez y ser adulto mayor en el contexto de un hogar geriátrico. |
|------------------|--|

Como principal herramienta de trabajo en estas mesas se encuentra el diálogo igualitario que posibilite la discusión sobre las perspectivas que se expresen y se promueva el respeto de las diferentes posiciones que se puedan plantear durante el trabajo de la mesa de discusión.

Con el propósito de generar una discusión nutrida sobre representaciones preconcebidas de vejez y adulto mayor, se realizarán dos mesas de trabajo, en dos jornadas diferentes

Las mesas se realizarán en tres pasos, de la siguiente manera:

1. En la primera parte se hará la socialización sobre lo que se será la actividad de mesas de discusión, las reglas de juego que propenden por la libre expresión de perspectivas sobre el tema o tópicos que se el interventor traerá para discusión y el respeto por la posición de cada participante ante lo que plantee.

2. En la segunda parte, se abrirá el diálogo con los participantes. Aquí se abre el espacio para dar palabra a la participación de cada auxiliar de enfermería en donde pueda expresar sus experiencias en materia del cuidado del adulto mayor, experiencias que le hayan suscitado mayor interés, los conocimientos formales e informales que ha adquirido en estudios y la práctica. Esto a fin de consolidar aprendizajes y concepciones preestablecidas que tengan las participantes sobre la vejez y el adulto mayor. Además, en esta parte se buscará indagar sobre la realidad de los participantes, en cuanto a reconocer características de la historia de vida individual de cada participante a fin de comprender como ha construido la realidad que exprese frente a la vejez y el adulto mayor. Esto último permitirá conocer el conocimiento intrasubjetivo de cada persona participante en la mesa y dar elementos sobre su forma intrasubjetiva de abordar la vejez y al adulto mayor en su interacción en la práctica de cuidado a fin de llevarla a un momento de reflexión intersubjetivas con los demás participantes.

3. En esta tercera parte, se planteará en consenso las conclusiones a las que se hayan llegado en la mesa sobre lo que significa la vejez y ser adulto mayor desde la experiencia práctica y aprendizajes formales de cada participante.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Tiempo</b>                   | Tiempo 120 minutos (2 horas) por cada mesa. La actividad tendrá dos encuentros en días diferentes, para un total de 4 horas de trabajo.  |
| <b>Participantes requeridos</b> | Se requiere la participación del personal a cargo del cuidado del adulto mayor y el interventor. En el caso del Hogar 1 se establece una participación mínima de tres personas y en el Hogar 2 una participación mínima de 4 personas. |

### 5.6.2 Fase 2 - Problematizar las concepciones y prácticas de cuidado del adulto mayor.

|   |   |
|---|---|
| <b>Objetivos específicos relacionados</b> | Generar encuentros dialógicos en los cuales se analice de manera crítica las formas de atención y cuidado del adulto mayor que implementan las auxiliares de enfermería en el hogar geriátrico. |
|---|---|

En esta fase se pretende orientar un ejercicio reflexivo sobre las concepciones compartidas en la primera fase, y sobre las caracterizaciones de la práctica de cuidado que tienen las auxiliares de enfermería sobre los adultos mayores a su cargo, mediante un intercambio dialógico, en espacios de reunión con y utilizando materiales como lecturas y narrativas cinematográficas, que medien la interacción entre el interventor y personas encargadas del cuidado y el intercambio dialógico de conocimiento.

Para poner en diálogo las descripciones, caracterizaciones y las concepciones que influyen las prácticas de cuidado de las auxiliares de enfermería, se realizarán actividades divididas en tres momentos de la intervención en esta fase, como se detalla a continuación:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b><u>Primer momento</u></b> | En este primer momento se realizará un taller de socialización de resultados sobre las mesas de discusión en donde a partir de lo |
|------------------------------|---|

consensuado durante las mesas de discusión se presentará a las auxiliares el análisis de comportamientos de cuidado influenciados por las concepciones de vejez y adulto mayor que tienen. esto permitirá enmarcar las actividades de este primer momento y empezar la transición a espacios reflexivos sobre la propuesta de cuidado que las auxiliares de enfermería implementan y sobre la forma de concebir el adulto mayor como sujeto con capacidades y no como objeto de la atención.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Estrategia</b>             | Mesa de discusión  |
| <b>Preguntas orientadoras</b> | Para dirigir las discusiones hacia el lugar del adulto mayor se proponen las siguientes preguntas: ¿cómo se realiza la práctica de cuidado? ¿qué cuidados se realizan? ¿Quiénes participan en las prácticas de cuidado? ¿de qué manera participa el adulto mayor durante las actividades de cuidado? ¿les hablan los adultos mayores mientras ustedes realizan las actividades de cuidado? ¿Les hablan ustedes a ellos? Si sí, ¿qué se dicen?  |
| <b>Objetivo de actividad</b>  | Analizar de forma crítica las concepciones y representaciones preestablecidas sobre la vejez y el adulto mayor identificadas en las mesas de discusión de la primera fase.   |
| <b>Actividad</b>              | Para lograr este objetivo se mostrará en un dibujo llamado <i>árbol de representaciones</i> las respuestas y expresiones dadas por las participantes durante la mesa de discusión organizadas en las siguientes áreas del árbol: <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la parte derecha de las hojas del árbol se ubicarán las concepciones que denotan sesgos negativos sobre la vejez y el adulto mayor.</li> <li>- En la parte izquierda de las hojas del árbol se ubicarán las concepciones que denotan una apreciación positiva sobre la vejez y el adulto mayor, en</li> </ul> |

relación con las capacidades de las personas en la etapa de vejez y su posibilidad de continuar su proceso de desarrollo como individuo.

- En el tronco del árbol: irán las representaciones sobre vejez en relación con la interacción entre auxiliar de enfermería y adulto mayor en las prácticas de cuidado.

En esta parte del árbol se explica que tal como funciona un árbol natural, sus hojas recogen luz del sol, utilizan su medio, para alimentarse y proveer oxígeno, en el caso de este dibujo sus hojas representan las concepciones que se van construyendo en relación con el medio, lo que se vive desde la experiencia práctica, lo que se aprende desde los estudios formales y desde lo que individualmente se va interiorizando como relevante para orientar lo que se piensa sobre algo de la realidad. Por su parte, el tronco del árbol se ve influenciado por lo que recogen las hojas; en el caso del análisis de lo recogido en diálogo en las mesas de discusión de la primera fase, se muestra que las formas de implementar la práctica de cuidado al adulto mayor se ven influenciadas por estas concepciones que se tienen y se enmarcan en modelos teóricos que explican estas interacciones entre auxiliares de enfermería y adultos mayores.

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| <b>Tiempo</b> | 120 minutos (2 horas) |
|---------------|-----------------------|


|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Materiales</b> | 2 pliegos de papel con el dibujo delineado de un árbol, tres marcadores de diferente color, para diferenciar por color los aspectos recogidos en el árbol. |
|-------------------|--|


**Segundo momento** Busca posibilitar una transformación de las concepciones preestablecidas identificadas y socializadas con las auxiliares, desde reflexiones que

continúen en la vía de hacer consciente lo que se vive, se concibe y representa, para luego llevarlo al espacio de intercambio dialógico y permitir la transformación de lo que se tenía como conocimiento establecido.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Estrategias</b>              | Tertulia dialógica de película. Tertulia literaria dialógica   |
| <b>Objetivos de actividades</b> | Propender por la transformación de las concepciones preestablecidas que se basen en aspectos negativos de la vejez, como por ejemplo la carencia del adulto mayor y la imposibilidad de pensar en la vejez como una etapa en la que se aprende y se continua con el desarrollo humano.   |
| <b>Estrategia 1</b>             | <b>Tertulia de película (TDP)</b>  |
| <b>Preguntas orientadoras</b>   | ¿Qué valores se pueden identificar en la película? ¿qué valores muestran los adultos mayores protagonistas? ¿qué ejemplos de la película muestran respeto hacia el adulto mayor? ¿cuándo se evidencia que se vulnera el adulto mayor en la película? ¿cómo es la relación entre los habitantes del hotel?  |
| <b>Actividad</b>                | Este tipo de Tertulia cumple el mismo propósito de las tertulias dialógicas promoviendo un diálogo igualitario alrededor de una película propuesta y manteniendo los siete principios del aprendizaje dialógico, propiciando un debate desde el punto de vista de valores y sentimientos comunes de la humanidad (Flecha, 1998)<br><br>En esta tertulia se propondrá la película <i>El exótico hotel Marigold</i> , dirigida por John Madden y estrenada en 2011. Con esta película se busca mostrar otras formas de ser del adulto mayor más allá de la enfermedad y achaques que puedan venir con la edad. |

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | <p>Seguido a la presentación de la película se continuará con un foro, en el que el interventor expondrá algunos aspectos generales de la película sobre el abordaje del adulto mayor como persona que presenta muchos cambios y se harán preguntas en relación con lo que perciben y rescatan de la película sobre la vejez y el adulto mayor. En estas discusiones dialógicas se resaltarán valores que competen pensarse para la transformación de concepciones en relación con la vejez y adulto mayor como son: respeto, dignidad, libertad, tolerancia, empatía, entre otros. Se irá colocando en un pliego de papel en pared los consensos que vayan surgiendo sobre la película y se pedirá que se comparen las características del adulto mayor en esta película y las características del adulto mayor consensuadas en la mesa de discusión de sesiones anteriores a modo de construir nuevos consensos sobre las concepciones de la vejez y lo que significa ser adulto mayor.</p> |
| <p><b>Tiempo</b></p>     | <p>La duración se propone de 3 horas. El tiempo se distribuiría de la siguiente manera: 10 minutos explicando la dinámica de la sesión de tertulia dialógica de película y la presentación breve de la película; luego se dedicarán 124 minutos a la película y 46 minutos para realizar el foro dialógico sobre los aspectos relevantes de la película y que causaron interés a las participantes.</p>   |
| <p><b>Materiales</b></p> | <p>Película El exótico hotel Maringold propuesta, 4 hojas en pliego y 4 marcadores para diferenciar en colores los valores que se mencionen, los aspectos negativos relacionados con la vejez y el adulto mayor que pueden ser virados a otros diferentes que aborden de manera positiva la vejez.</p>  |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Estrategia 2</b>           | Tertulia literaria dialógica (TLD)  |
| <b>preguntas orientadoras</b> | <p>¿cómo puede relacionarse la historia del cuento con los adultos mayores del hogar? ¿de qué manera se puede apoyar a los adultos mayores en su proceso de envejecimiento más allá de un apoyo asistencial? ¿qué aspectos de la historia del adulto mayor se hacen pertinentes conocer para promover un respeto por su dignidad dentro del hogar?</p>  |
| <b>Actividad</b>              | <p><i>Cuento 1. El jardín del abuelo - Lane Smith:</i> Este cuento es propicio para trabajar las concepciones del adulto mayor en cuanto a darle lugar como el sujeto que se encuentra en un proceso de desarrollo, en el cual cuenta con una historia de vida que merece ser respetada, pero que para hacerlo debe darse lugar a lo que en su vida ha construido como sujeto para constituirse como persona. Este cuento muestra la historia de vida de un abuelo la cual se muestra como una vida de aprendizajes y momentos emocionantes, pero que ahora, en su vejez, ya no la recuerda o al menos no puede nombrarla, sin embargo, los recuerdos de su vida continúan en su familia que a través de la comunicación con el abuelo continúan recordando para evitar el olvido</p>  <p><i>Cuento 2. “Tú, yo y el alzheimer” - Arturo Blasco:</i> Esta historia está realizada a modo de comic para ser leído por niños, adultos y adultos mayores que ayuda a comprender la situación de quienes empiezan a olvidar por una enfermedad como el alzheimer y da elementos para poder abordar y afrontar situaciones relacionadas con este tipo de enfermedad, enmarcando que esto es una condición en un momento de la vida de una persona, pero que en la interacción con otros esto puede sobrellevarse sin</p> |

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
|                   | <p>afectar la integridad o vulnerar la dignidad del adulto mayor que padezca este tipo de enfermedad.</p> <p>El interventor moderará el dar la palabra a cada participante para que intervenga desde lo que desea compartir con los demás en la tertulia.</p>  |  |
| <b>Tiempo</b>     | 120 minutos (2 horas), se buscará trabajar un cuento en cada hora, se asignarán 20 minutos de lectura individual del cuento, luego 15 minutos para seleccionar apartados que hallan llamado la atención y, en el tiempo restante, se abrirá el diálogo para que las participantes, junto al interventor, compartan en voz alta los apartados de interés y opiniones. |   |
| <b>Materiales</b> | Cuentos: <i>El jardín del abuelo</i> - Lane Smith y <i>Tú, yo y el Alzheimer</i> .   |   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Tercer momento</b>        | Aquí se promoverá el autoconocimiento sobre la práctica de cuidado implementada por cada auxiliar de enfermería mediante el registro de aspectos relevantes que se presenten en la práctica de cuidado, para luego ser discutido con las demás auxiliares de enfermería.   |
| <b>Estrategia</b>            | Diario dialógico   |
| <b>Objetivo de actividad</b> | Realizar análisis críticos sobre la práctica de cuidado que se realiza en el hogar.  |
| <b>Actividad</b>             | En esta parte se pedirá a las auxiliares de enfermería que realicen un registro sobre las experiencias vividas en relación con la práctica de cuidado del adulto mayor del día a día y para esto se propondrá realizar un diario de práctica, en el cual puedan hacer consciente en palabras lo más relevante para ellas de lo que suceda durante el turno que trabajen, |

expresando en sus propias palabras sensaciones, pensamiento, sentimientos y vivencias en relación con la práctica de cuidado del adulto mayor. Para luego dar a conocer apartados de sus escritos en estos diarios de práctica a las otras auxiliares de enfermería y al interventor y con esto realizar la discusión y análisis de los contenidos de estos. De aquí lo *dialógico*, aplicado en los diarios de prácticas en tanto en este espacio de intercambio el interventor es un igual que puede dar la opinión sobre lo leído, haciendo preguntas que promuevan una reflexión en donde se problematice el lugar del adulto mayor cuando es concebido como un adulto incapaz de agenciar su propia vejez, en tanto se le anula como sujeto.

A modo de evidenciar el proceso de transformación del conocimiento sobre la práctica que se propone con este diario, se plantea realizar tres sesiones, cada una de dos horas máximo, en donde se pueda dar palabra a las participantes y permitir la discusión sobre los eventos registrados más representativos para las participantes sobre sus prácticas de cuidado y hacer preguntas para todos que promueva el diálogo y aportes de pensamiento sobre las experiencias compartidas. En estas sesiones se espera que las participantes recojan discusiones que se han realizado en sesiones anteriores y lo pongan en contraste con lo que hacen consciente sobre sus prácticas luego de haber tenido varias discusiones alrededor del tema de la vejez y el adulto mayor. De aquí que se quiere con el diario dialógico sobre las prácticas de las cuidadoras sirva para dar elementos para el análisis crítico sobre la práctica de cuidado que se implementa y permita que en la discusión se construyan nuevas formas de dar sentido a estas prácticas de

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | cuidado y se intercambien elementos transformadores que vire está práctica a la de dar lugar al adulto mayor como sujeto.  |
| <b>Tiempo</b>     | Las sesiones se organizarán llevarán a cabo una cada semana y se harán tres encuentros de máximo dos horas cada una.   |
| <b>Materiales</b> | Los materiales para llevar a cabo estas sesiones con el diario dialógico son 7 agendas pequeñas y siete lápices para entregar a las auxiliares de enfermería para que puedan tomar nota durante la semana. |

### **5.6.3 Fase 3 - Replantear la forma de interacción con el adulto mayor en las prácticas de cuidado y atención que ofrecen las cuidadoras.**

Luego de realizar las actividades descritas en las fases anteriores, se busca abordar los siguientes encuentros desde la reflexión sobre el tipo de interacción entre el adulto mayor y las auxiliares de enfermería, y el lugar que se le ha otorgado al adulto mayor como participante activo o pasivo en esta interacción.

|  |   |
|--|---|
| <b>Objetivo específico relacionado</b> | Promover una reflexión sobre el lugar que se propone al adulto mayor en las interacciones que se generan en lo cotidiano, enfocándose en las capacidades y posibilidades que aún tienen o pueden desarrollar.   |
| <b>Estrategia</b>                      | Espacio de intercambio dialógico – Construcción de historia   |
| <b>Objetivo de actividad</b>           | Promover espacios de reflexión sobre la forma de interacción entre cuidadoras y adulto mayor desde una apuesta que involucre al adulto mayor como sujeto con capacidad para incidir en lo que se propone, permitiendo un lugar diferente al de sujeto pasivo. |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Temas orientadores de la historia</b></p> | <p>Formas diferentes de envejecer/ Convivencia en el hogar/ Actividades en el hogar/ Momentos de emergencia/ Pedir ayuda/ Las visitas/ La despedida (muerte-duelo) / Expectativas y creación de proyectos.</p>  |
| <p><b>Actividades</b></p>                       | <p>Los adultos mayores dentro del hogar suelen contar con espacios libres para el ocio durante la rutina que establece el hogar geriátrico. La habituación a la rutina ofrecida por la institución suele despersonalizar e ignorar las diferencias entre la población adulto mayor, a manera que quiera homogenizarse las formas de vivir de cada adulto mayor, desconociendo la particularidad de cada sujeto y sus diversas formas de relacionarse con la realidad (Beauvoir, 1970)</p> <p>Por lo anterior, se plantea aquí la actividad <i>Construyendo historia de vida</i>, en donde se realizará la construcción de dos historias de vivencia resiliente a retos del envejecimiento, en donde se contrasten aquellos significados basados en creencias de incapacidad o fragilidad. Se empezará una historia con un personaje que se vive su vejez identificando cambios físicos, emocionales y de actividades cotidianas que le permitan pensarse nuevas formas de entender su realidad cambiante. Los adultos mayores y cuidadoras deberán ir construyendo la historia de este personaje, identificando en él las propias vivencias y retos del proceso de envejecimiento y reconocer comportamientos resilientes ante experiencias subjetivas que puedan presentar</p> |

mayor reto, por ejemplo, las pérdidas que se perciben durante esta etapa.

El interventor dará comienzo a la historia de la siguiente manera:

“Don José y Doña Sofía son dos adultos mayores que vivían en el mismo hogar para adultos mayores. Un día don José se despertó dando gritos por la ventana y doña Sofía, que habitaba el cuarto de al lado se le acercó y le preguntó “¿por qué gritas?” Don José siguió gritando, entonces doña Sofía le acompañó a gritar. Don José la miró y sonrió mientras gritaba. Lo que parecían dos gritos, se volvió en un juego entre Don José y Doña Sofía, dando altos y bajos a sus sonidos fuertes, como si entonaran un sonido... Con este comienzo el interventor dará la palabra a los adultos mayores al preguntarles ¿cómo puede volverse el grito en un juego? ¿Han tarareado? ¿Si doña Sofía no hubiera jugado con don José qué creen que habría pasado?... Para continuar la historia el interventor pedirá a los adultos mayores y auxiliares de enfermería que vayan pensando cómo debería seguir la historia, y pedirá que se organicen en parejas para que cada pareja presente la continuación de su historia.

Para esto, el interventor mostrará el cartel con un dibujo de un camino y 8 estaciones, cada estación con un tema orientador de la historia que se irá construyendo en cada encuentro. Para mantener el acuerdo de compromiso del espacio de participación, se dejará el cartel y se señalará la estación en la que se quede la historia para seguirla retomando en cada encuentro. Cada estación tendrá dos

temas propuestos, a modo que sirva de mediador o guía sobre temas a tratar en cada encuentro que se realice. En cada estación, se asignará dos responsables (un adulto mayor y una cuidadora) para que ayuden a construir la historia de ese encuentro, moderen las participaciones e identifiquen acciones potentes para afrontar retos identificados en la historia.

En las discusiones de cada estación, el interventor orientará el diálogo con preguntas relacionadas al lugar del adulto mayor: ¿cuál es el rol que cumple el adulto mayor? ¿de qué manera participa en cada momento de su vida?

|   |   |
|---|---|
| <b>Tiempo</b>   | Cuatro encuentros de 120 minutos (2 horas) cada uno.  |
| <b>Participantes requeridos</b>   | Auxiliares de enfermería y adultos mayores  |
| <b>Materiales</b>   | Dos pliegos de papel con dibujo de camino y ocho estaciones, que se abordarán dos en cada encuentro.  |
| <b>Otra actividad propuesta para que continúen este espacio dialógico</b> | <p>Realizar un cine foro con los adultos mayores y familiares con películas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elsa y Fred (2005), dirigida por Marcos Carnevale.</li> </ul> <p>Duración 126 minutos. Una historia sobre dos protagonistas adultos mayores que muestran las diferencias entre adultos mayores y la heterogeneidad en la vejez, diferencias en la forma de vivir de dos personas muy distintas, que a pesar de ser diferentes encuentran en su relación de amistad la forma de continuar sus vidas y aventurarse a cumplir sueños de una de las protagonistas.</p> |

- Vivir dos veces (2019), dirigida por María Ripoll. Duración 101 minutos. Una historia sobre un hombre adulto mayor que al ser diagnosticado con alzheimer empieza una aventura por cumplir el anhelo de encontrarse con un antiguo amor y que, para lograrlo, embarca en este objetivo a su familia y entabla una relación cercana con su nieta, quien ayuda a construir una forma diferente de relacionarse a su abuelo.

## **6. Resultados esperados**

Con estos espacios y estas actividades, se espera generar procesos reflexivos en las auxiliares de enfermería que permitan entender el proceso de envejecimiento como un proceso continuo de aprendizajes que se entrelazan con la experiencia de vida y saberes construidos a lo largo de la vida, lo cual es un elemento importantísimo para dar lugar al adulto mayor como sujeto autónomo y capaz de aportar en sus actividades diarias y de compartir con otros sus propias experiencias de afrontamiento.

Las propuestas aquí planteadas no buscan ir en detrimento de las acciones y rutinas que se han establecido dentro de los hogares aquí propuestos para intervención, más bien se busca enriquecer las prácticas de atención y cuidado que ya se lleva a cabo dentro de estas instituciones. Se tiene en cuenta que no se trata de cambiar las cosas que se hacen, sino de encontrar diferentes opciones de llevar a cabo estas prácticas, que como vimos, se da mediante la interacción entre las auxiliares de enfermería y los adultos mayores. Aquí nos centramos en las apuestas del intercambio dialógico que posibilita la comprensión y una interacción que nutre los saberes relacionados con esta etapa de la vida. Esto favorecerá poner en diálogo las pautas de organización y funcionamiento de la institución y discutir sobre si éstas garantizan o no, en las distintas áreas de aplicación, el respeto de los derechos

básicos para que los adultos mayores, en tanto cuente con la oportunidad de seguir siendo ellos mismos y de seguir eligiendo, en lo posible, su forma de vida. (Waigand y Broeders, 2019).

El impacto en la institución responderá al interés dialógico de todos los actores que intervengan en un fenómeno social. Aquí se realiza la intervención con las auxiliares de enfermería en tanto son informantes clave de la realidad del adulto mayor dentro del hogar, pero sirvan ellas también como participantes activas de este conocimiento en tanto pueden extenderlo a otras prácticas institucionalizadas y poner en servicio del sujeto esta construcción de conocimiento mediante la interacción, en vez de ubicar al sujeto en servicio de la institución.

Este tipo de acciones promueven una mayor participación e inclusión del adulto mayor en su proceso de envejecimiento, favorece la invención de recursos significativos (desde la ficción, por ejemplo) para afrontar los cambios, ganancias y pérdidas que se presentan en esta etapa de la vida.

Las problemáticas de ambos hogares geriátricos antes mencionadas, no distan de las problemáticas identificadas en los casos recogidos en los antecedentes, pues el contexto social influye en gran manera sobre las formas de vivir el proceso de envejecimiento del adulto mayor. En la medida que se reflexiona y se crean espacios de dialogo, como el caso de Gaviglio, Adur y Finauri (2019), se gestan nuevas prácticas en el hogar, se humanizan las situaciones de conflicto o displacer del adulto mayor y se da lugar al sujeto que es el adulto mayor.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

La vejez representa en la actualidad muchos retos que deben ser abordados desde diferentes esferas de la sociedad, no debe dejarse a cargo de unos pocos profesionales y unas cuantas instituciones lo concerniente a esta etapa de la vida.

Beauvoir (1970) lanza una fuerte crítica a la sociedad frente a la forma en que se ha decidido abordar esta etapa de la vida, que si bien acarrea malestares (físicos, psíquicos, sociales, entre otros), también presenta un momento de oportunidad frente a lo que deviene como nuevo, que, de entenderse desde esto último, cargaría de diversos sentidos las vivencias del adulto mayor, en vez de empobrecerlas o reducirlas a lo patológico.

Es en lo social que se construyen sentidos y se comparten significados sobre esta etapa de la vida, lo cual repercute en la percepción de sí mismo del adulto mayor, por lo que mucho de la consideración de incapaz del adulto mayor, de su pasividad frente a su día a día, es construido como una representación permeada por lo construido socialmente frente a esta etapa de la vida. Lo cual lleva en muchos casos a la exclusión del adulto mayor en la sociedad, lo desvincula socialmente, lo objetiviza en la interacción con el otro en tanto pierde su voz, su palabra, su autonomía y su derecho a elegir como vivir su vida en la vejez. (Berenstein, 2001)

Son muchos los aspectos que pueden generar angustia en el día a día del adulto mayor, pero en la forma en que se dé la relación sujeto-sujeto, la manera de pensar las relaciones afectivas nos permite pensar en los niveles de displacer que plantean los adultos mayores y cuidadores sobre el cuidar o sobre el recibir cuidados. Las relaciones de cuidado que se plantearon en los dos hogares, analizados en este trabajo, referían a una situación de enfermedad, de dependencia (casi siempre física), de incapacidad de agencia que anula al sujeto, siendo esto fuente de angustia en las formas de relación. (Carbajal y Barriel, 2014)

Para plantearse nuevas formas de conocimiento para abordar los fenómenos relacionados con la vejez y el envejecimiento, se encontró aquí que el método basado en el intercambio dialógico posibilita la transformación de las representaciones y concepciones establecidas desde un contexto cultural ajeno a la realidad de la vejez, en tanto pone en diálogo los conocimientos establecidos con otros conocimientos y experiencias que

permiten construir nuevo conocimiento. Volcando la tarea de comprender esta etapa a más actores que sólo algunas instituciones o profesiones, con lo que se puede pretender llevar el tema de la vejez a debates y discusiones interdisciplinarios, donde se tenga en cuenta al sujeto que envejece, no pensar a partir de él si no pensar con él lo que significa el envejecimiento, la vejez y la experiencia de envejecer.

Realizar esfuerzos en acciones que se orienten a fomentar la interacción intergeneracional, como indica Pipher (2000), y generar interés por comprender desde etapas previas a la vejez lo que sucede en esta etapa, los cambios, las pérdidas, las ganancias, posibilita la construcción de representaciones sociales en relación con el sujeto y no con la enfermedad; proponer prácticas de atención y cuidados enfocadas en la interacción con el sujeto que vive esta etapa y no en la interacción con su enfermedad, romper el silencio y desconocimiento sobre los acontecimientos relacionados con la vejez; en palabras de Cornachione (2008), permite humanizar los sucesos de una etapa natural de la vida.

En esta medida, el tema de la vejez empezaría a inscribirse en los aspectos que se relacionan con nuestro proyecto de vida, en el cual se invite a pensar en la vejez como una etapa donde se viven procesos y sucesos similares a otros momentos o etapas de la vida, en donde se pueden construir sentidos y recursos sociales que posibiliten el afrontamiento a cada acontecimiento relacionado con esta etapa. Hablar de envejecer no debe evocar pesares, angustias o desaliento frente a la vida, pues hace parte de la vivencia y en la medida que la comprendamos estaremos más preparados para el futuro.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, C. (2005). Diarios dialógicos: cuadernos de bitácora. España. Universitat Jaume I
- Recuperado de  
<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/54946/aguilardf?sequence=1>
- Alfaro, M. et al. (2019). Sistema de Becas de Formación Profesional en el Campo de la Gerontología y de la Seguridad Social INSSJ y P – UnLAM. Georeferencia: “Acerca de una experiencia en P.A.M.I. con Personas Mayores en el Partido de La Matanza” en Trabajo social en el campo gerontológico: reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy: Actas de la IV Jornada Internacional de trabajo social en el campo gerontológico; compilado por María Daniela Rímoli Schmidt ... [et al.].- 1a ed. - San Justo : Universidad Nacional de La Matanza.
- Álvarez, J. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en la teoría de las representaciones sociales. Editorial Trillas. México D.F.
- Aubert, A., Flecha, A., García, C., Flecha, R. y Racionero, S. (2008). Aprendizaje dialógico en la Sociedad de la información. Hipatia Editorial, S.A. Barcelona.
- Aulagnier, P. (1994) Los destinos del Placer. Alienación-Amor-Pasión. Buenos Aires. Paidós.
- Banco Mundial. (2016). How Does an Aging Population Affect a Country? Recuperado de <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2016/09/05/uruguay-como-afecta-pais-envejecimiento-poblacion>
- Baremblytt, G. (2005). Capítulo VI. Esquema para un Análisis e Intervención Institucionalista “Standart” en Compendio de Análisis Institucional. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, Argentina.

- Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Editorial Sudamericana S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Berenstein, I. (2001) *El vínculo y el otro*. Psicoanálisis APdeBA, No. 1, vol 23. Buenos Aires, Argentina: Paidós Iberica.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bernárdez, A. (2009). *Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir*. *Revista Investigaciones Feministas*, p. 29-46
- Buch, E. (2015). *Anthropology of Aging and Care*. *Annual reviews of Anthropology*, p. 277-93
- Cabrales, O. (2013). *Productos y servicios para los adultos mayores, un potencial nicho de mercado en Colombia*. *Revista Dimensión Empresarial*, vol. 11, Núm. 1, p. 103-115.
- Carbajal M., Barriel F. (2014). *Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo* En *SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS: Las personas mayores ante el cuidado Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. (p. 41 – 68). Montevideo: Instituto Nacional del Adulto Mayor.
- Castellanos F, López A. (2010) *Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza*. En *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia), 12 (2): 37-53. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145217280004>
- Castillo, D. (2009), *Envejecimiento Exitoso*. *Revista de Medicina Clínica*. 20(2) 167 – 174. Ed. CLIN. CONDES

- Castro, A., & Vega, C. (2014). Trabajo de grado de maestría: Plan de Mercadeo para Desarrollar una Nueva Oferta de Valor para el Adulto Mayor. Cali: Universidad Icesi.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. Revista CS No. 11, pp. 73–114. Cali, Colombia
- Castro, X. (2014). El sujeto del psicoanálisis: más allá de la dicotomía individuo-sociedad- Revista Affectio Societatis No. 21, Vol. 11, pp. 104 – 121. Medellín, Colombia.
- Cole, M. (1999). Psicología cultural. Ediciones Morata, S.L.
- Conde, J. L (1997) Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. N° 73, P. 71 - 85. Barcelona: Paidós.
- Correa y Buriticá (2016). El Valor de la Narrativa y la Poética en la Educación Inicial. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Cornachione M. A. (2008). Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. 2ª ed. Córdoba: Argentina. Editorial Brujas
- Departamento Administrativo de Planeación. (2017). Cali en Cifras 2016. Recuperado de: <https://planeacion.cali.gov.co/caliencifras/Documentos%20pdf/Caliencifras2016.pdf>
- Desviat, M. (2016). La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental). En O. Bravo. (Ed.). Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos (pp. 13 – 45). Cali, ICESI
- Fernández-Ballesteros Rocío. (1992) La Psicología de la vejez. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

- Flecha, R (1998). Tertulias Dialógicas de Películas. Tertulias Dialógicas de Películas by Ramon Flecha is licensed under a Creative Commons <https://archive.org/details/tertuliasdialogicasdepeliculas>
- Gaviglio, A., Adur, G., y Finauri L. (2019). Algunas reflexiones sobre el paradigma asilar y Derechos Humanos. Una experiencia en la ciudad de Quilmes en Trabajo social en el campo gerontológico: reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy: Actas de la IV Jornada Internacional de trabajo social en el campo gerontológico; compilado por María Daniela Rímoli Schmidt ... [et al.].- 1a ed. - San Justo : Universidad Nacional de La Matanza.
- Gerena U, R. M.; Gracia, C.; Espejo, Y.; Cano, J.; Sánchez, A. Propuesta de Modelo de Intervención Psicosocial en el Adulto Mayor desde los acercamientos de un Semillero de investigación. Rev. Investig. UNAD 2010, 9, 103-116.
- Giai, M. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1): 67-76
- Goslinga, M. (2001). Aging in Latin America. Hemisphere: A Magazine of the Americas, 1042
- Green, D. (2014). El diario dialógico de prácticas: una reflexión sobre su efectividad como recurso de auto-reflexión tendiente al desarrollo profesional continuo en las practicas docentes de los profesorados. Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata Recuperado de <https://fh.mdp.edu.ar/encuentros/index.php/jie/2jie/paper/viewFile/568/378>
- GTZ. (2007). Metodología para la conformación de mesas temáticas de concertación público-privado. San Salvador: GTZ.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.

- Maya, I. (2003). Diseño, evaluación e implantación de un proyecto de intervención social. En F. Loscertales y Núñez, T. (Coords.): Comunicación e Intervención. Módulo 10: Revisión del proyecto y redacción final de la Tesis de Maestría. CD Interactivo. Universidad de Sevilla.
- Manero, R. (1990). Introducción al análisis institucional. México D.F. Revista Tramas, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.
- Ministerio de Salud. (2015) Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCE/HV-2014-2024.pdf>
- Molina, J., Uribe, A. y Valderrama, L. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. Acta Colombiana de Psicología 10(1), p. 75 – 81
- Montero, M. (2004) El paradigma de la psicología comunitaria y su fundamentación ética y relacional. En Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós
- Montero, M. (2007). Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria. Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidos.
- Moral Jiménez, M. de la V. (2017). Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. Universitas Psychologica, 16(1), 1-19. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pips>
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Huemul.
- Ortiz, D. (2016). Aproximación reflexiva a las representaciones sociales de la discapacidad en la escuela inclusiva. Tesis de Maestría. Cali, Universidad Icesi.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud  
Recuperado junio 20, 2019, de <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la  
salud  
Recuperado  
de  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=BE32E7FD088C0A791251F053D51AF0A7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=BE32E7FD088C0A791251F053D51AF0A7?sequence=1)
- Packer, M. (2013). La ciencia de la investigación cualitativa: Bogotá: Ediciones Uniandes-  
Universidad de los Andes.
- Papalia D., Sterns H., Feldman R. y Camp C. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. Tercera  
edición. México D.F.: McGraw Hill
- Pipher, M. (2000). Un país desconocido: invitación a explorar el mundo de nuestros mayores  
y a acercarnos entre generaciones. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Racionero, S. y Padrós, M. (2010). The Dialogic Turn in Educational Psychology. Journal  
of Psychodidactics. 15(2), 143-162. Recuperado de  
<https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/808/680>
- República de Colombia (2002, 27 de diciembre). Ley 789 de 2002 «Por la cual se dictan  
normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos  
artículos del Código Sustantivo de Trabajo» Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2007, 07 de diciembre). Ley 1171 de 2007 «Por medio de la cual  
se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores» Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2008, 27 de noviembre). Ley 1251 de 2008 «Por la cual se dictan  
normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los  
adultos mayores» Bogotá, D.C.

- República de Colombia (2009, 13 de julio). Ley 1315 de 2009 «Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención» Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013 «Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones» Bogotá, D.C.
- Rodríguez Daza, K. D. (2010). Vejez y envejecimiento. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Romero, L. (2020). Trabajo de Grado Programa de Psicología: Concepciones de vejez de cuidadores de adultos mayores en Cali. Cali: Universidad Icesi.
- Sánchez, J. (2018). Características e implicaciones relacionales de dos propuestas innovadoras en educación. En O. Bravo. (Ed.). Una década del programa de Psicología en la Universidad Icesi. Trayectorias y enfoques plurales (pp. 59 – 77). Cali, ICESI
- Suaya, D. (2015). El cuerpo de la vejez desde una perspectiva de género. aproximaciones desde la vejez de Simone de Beauvoir. Cad. Cedes, Campinas, v. 35, n. 97, p. 617-627. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ccedes/v35n97/1678-7110-ccedes-35-97-00617.pdf>
- Villar, F. (2003). Proyecto docente: Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación. Universidad de Barcelona. Capítulo 12: Desarrollo adulto y envejecimiento desde un punto de vista sociocontextual. Recuperado de: [http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap\\_12\\_ciclovital.pdf](http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf)
- Waigand, N. y Broeders, D. (2019). Construcción / Deconstrucción de estrategias de intervención frente a situaciones de vulnerabilidad de Adultos Mayores en Trabajo social en el campo gerontológico: reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy: Actas de la IV Jornada Internacional de trabajo social

en el campo gerontológico; compilado por María Daniela Rímoli Schmidt ... [et al.]  
- 1a ed. - San Justo: Universidad Nacional de La Matanza.

Zardel J., Blanca E. (2016). La constitución o producción de la subjetividad, del sujeto desde el psicoanálisis y del sujetado al discurso de la "discapacidad". *Childhood & Philosophy*, 12(24),309-341. ISSN: 2525-5061. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5120/512055734006>

Zazzetta M., Machado T., Antoniossi L., y De Souza F. (2017). El modelo gerontológico de vivienda: caso de un conjunto habitacional en Brasil. En J. García y S. Flores (Coordinadores). *Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional. Vol 2*, (pp. 221 – 230).

## ANEXO 1 - Entrevistas

### Entrevista a administrador de Hogar geriátrico 1

Entrevista a Jose Rodriguez (J) Administrador de Hogar Geriátrico 1 de la ciudad de Cali.

Fecha: Marzo 27 de 2018

Entrevistadora (E): Yesenia Salazar Serrato. Estudiante de Maestría de Intervención Psicosocial, Universidad Icesi.

E: ME estabas contando que montar un hogar es bastante costoso

J: Sí, es bastante costoso, 140 millones de pesos. Siempre y cuando el hogar aplique para más de 30 abuelitos. Si es un hogar de 15 o 20, es muy complicado.

E: Normalmente los que visitábamos eran entre 11 y 19

J: Claro, lo hacen como para sobrevivir. Pero si lo hacen como para tener tu casa propia, carro o viajes, no.

E: Depender bien de eso.

J: Sí. Y a veces, en ocasiones, las empleadas no están con seguridad social. Son enfermeras como por turnos.

E: ¿Es como prestación de servicios?

J: Exacto. Pero lo hacen con mucho riesgo, porque si llega la Secretaría de Salud o el Ministerio de Trabajo, es una multa millonaria y les cierran el negocio. Entonces son hogares, sí, como para sobrevivir, como mantengo el hogar; a veces hay hogares que el mismo dueño vive ahí mismo. O lo que te digo: no tiene para el arriendo, es como tener ahí su zona de confort.

E: O sea, tiene una casa grande y una parte la usa para el negocio.

J: Exacto. Como para sobrevivir y tener sus cositas. Pero si quieres ganar muy bien o lo de tu casa, el carro o el viaje, es un hogar mínimo de 30 abuelitos.

E: Siendo así, ¿estaríamos hablando de un hogar, un edificio para 30 personas o un piso de cuántos cuartos?

J: Pues depende, por ejemplo en Medellín hay un hogar que son edificios y, muy pronto, hay un hogar, en una sede, que me gustaría visitarlo, que están construyendo para el adulto mayor; pero ellos lo construye como un edificio, no son casas campestres. Hay uno aquí en Cali, es la primera sede y ese lo hizo mi hermano, que fue construida para el adulto mayor, esa sí es una casa campestre, que trae dos pisos para 60 abuelitos. Lo bueno es que fue construido. Nosotros, las sedes que yo manejo, no puedo porque es alquilado donde la dueña no me da ese permiso.

E: ¿En qué parte está la sede que tú manejas?

J: Las dos sedes que yo manejo quedan en San Fernando, por la Avenida Circunvalación, cerca al colegio Las Marianitas; ahí quedan las dos sedes.

E: ¿Un día podríamos ir a visitarlas con mi compañera?

J: Sí claro.

E: ¿En esas sedes tienes cuántas personas...?

J: En la primera sede tiene capacidad para 38 abuelitos y la otra sede tiene capacidad para 27 o 28. Se pueden manejar, máximo, 60 abuelitos, si unimos las dos sedes.

E: ¿Cuáles son o qué servicios son las que ofrecen las sedes que estás administrando?

J: Yo pienso que lo mismo que te han dicho ya los otros hogares: Enfermera 24 horas, psicoterapeuta, servicio cocina que vienen separados todos los alimentos, terapia artística, ocupacional.

E: ¿Esa parte de la fisioterapia o las actividades, se costean por aparte? O sea, ¿se trae a alguien cada tanto o eso se incluye en el pago único?

J: El fisio es la parte de prestación social, es por aparte que no es la empresa. Pero lo que es enfermería, cocina y aseo, sí es por la empresa.

E: ¿Y los servicios de fisio o algunos hogares que dicen que ofrecen psicología y otros servicios, normalmente es un convenio con empresa o con alguien?

J: Nosotros no tenemos problema con la parte de psicología, porque mi hermana es psicóloga. Entonces si alguien necesita psicología, busco a mi hermana. Pero eso casi no se ve. Pues, digamos si un paciente tiene un problema mental va al psiquiátrico. Si el familiar quiere ayuda psicológica no lo ofrece, no dice “quiero ayuda con el psicólogo”.

E: Es difícil identificar eso.

J: Y eso que uno lo ofrece “¿necesitas ayuda?”. A veces uno ve al familiar con depresión, con problemas o como que “no, no estoy en mis días”, entonces uno le dice si necesita un psicólogo, pero no, prefieren más bien contarle el problema a uno. Entonces ellos cuentan el problema y uno les da consejos y ya se calman, como que listo, ya. Pero ellos no son de voy a pagar un psicólogo, no. No hay esa cultura hoy en día.

E: Entonces, ¿tu hermana le brinda apoyo a quién? ¿A los pacientes que están ahí...?

J: O familiares. Pero cuando se da la ocasión.

E: Que es eventual.

J: Sí.

E: Y ese costo ¿lo asume el familiar?

J: El familiar.

E: Lo que cubre la empresa es lo que dices, lo demás es externo.

J: Sí, solo se cubre lo que te han dicho casi todos los hogares, no hay un valor agregado. Externo sería el fisio que uno pues lo paga, no lo paga el familiar, la parte de las terapias

física, emocional y espiritual, también la institución; pero lo que es de psicología o parte médica, la paga el familiar. Médica en qué sentido, debe tener emergencia médica el abuelito, eso no lo asume la institución. La parte psicológica también el familiar o el abuelito. Cuando es algún paseo, también es el familiar, no lo asume la institución; a no ser de que la institución haga un plan de paseo, ahí sí es mitad familiares y mitad la institución.

E: Imagino que cuando se hace el paseo, se contrata bus con ARL y ese tipo de contrataciones de seguridad.

J: Exacto. Y va, también, la auxiliar de enfermería. No es que uno va con el abuelito, no. Por seguridad, siempre va la enfermera.

E: Más o menos, ¿es una enfermera por cada cuántos pacientes?

J: Una enfermera maneja, en promedio, ocho pacientes. Por eso manejamos 3 enfermeras.

E: ¿Eso se maneja en un turno diurno?

J: Sí.

E: ¿Y en la noche?

J: Se manejan dos enfermeras y, a veces, un practicante.

E: Cuando dices dos es por sede o dos juntando sedes.

J: Dos en cada sede. Bueno, en la sede que yo manejo, porque mi hermano que maneja la sede en Pance, cambia la condición económica y el familiar puede decir que quiere una enfermera personalizada. Entonces en esa sede hay más de 15 enfermeras, 20.

E: Pero ese costo se sube es al familiar.

J: Claro. Como eso es estrato alto, lo pagan sin problemas. Mientras que las sedes que yo manejo son, en promedio, de estratos dos, tres o máximo cuatro y son gente que solo pueden pagar la mensualidad y ya, no se pueden dar el lujo de decir “sí voy a contratar una enfermera”, por la parte adquisitiva.

E: En las sedes que tú estás, ¿cuál es la mensualidad?

J: La habitación más económica es de \$900.000 y la más alta de \$1.600.000.

E: Esa económica ¿es compartida?

J: No, depende. Es una habitación sola. Si es compartida es a partir de \$800.000, pero para una persona, a partir de \$900.000. Y eso varía con la habitación, si quiere una habitación amplia, que puedan meter el comedor, sala y con baño, sería \$1.600.000. Hace poco tuvimos un inconveniente con una abuelita que es independiente, pero llevó su estufa. Y la estufa no está permitida, por la Secretaría de Salud, porque eso es un riesgo. Puede estar ella durmiendo y se puede quemar algo y se puede ahogar. Y el problema es de uno. Entonces le dijimos que no se podía y ella dijo “no, es que yo soy consciente. Yo estoy muy bien, no me traten como loca”. Y pues no, no es eso, si no que por la Secretaría de Salud y por su seguridad, no pueden tener una estufa aquí en la habitación; y no le gustó y se fue a otro hogar. Entonces no sé si ese hogar le aceptaron eso y se está arriesgando o si tiene la

cocina ahí en la habitación, no sé. Eso no permitimos, la estufa no, pero su comedor, su sala, su televisor de 40 pulgadas, si (risas).

E: ¿Alguna otra cosa que no se permita?

J: No, solo eso. Y más aún que a pesar de que esté consciente, digamos bajando la olla bien caliente, se puede quemar y el problema es de uno. Y se puede de todo, digamos, la parte de tecnología, lo que vos querás. Su tableta, su portátil, que si quiere escribir, mil cuadros, mil fotos, eso sin problema.

E: Sobre esto, hay pacientes más autónomos que otros, ¿hay algunas restricciones o requisitos para recibir pacientes?

J: Sí. Primero que esté muy bien mentalmente, en el sentido, si tiene Alzheimer, debe estar bien, si tiene demencia, también. No es de que esté tirando cosas o que tenga tendencia a coger algo filudo y chuzar, no. O que sea un paciente que grite y grite y no haya manera de pararlo, no se permite.

E: Se permite en la medida que esté medicado, que esté controlado y ya se haya identificado ese proceso.

J: Exacto. Ah, bueno, hay otro caso, real, ahorita, hay un paciente que está muy mal, pues tiene su retraso, y están agotando a las enfermeras, porque cada 10 minutos, sin exagerar, pregunta dónde está la mamá, que si ya viene la hija; pero ya la mamá se murió y la hija falleció también. Si no estoy mal, fue en un accidente. Entonces por esos detallitos quedó con un retraso, por tantos problemas emocionales se desconectó y quedó con un retraso. Es muy joven, pero ya llegó así, tiene apenas 53 años.

E: Y ¿tiene familiares?

J: Sí, pero los familiares, obviamente por su estado, dijeron pues que no pueden cuidarlo, porque todos trabajan. Entonces lo llevaron. Pero con ese problema y aún con medicamento sigue preguntando “¿dónde está mi mamá? ¿ya llega mi hija?”, a cada rato y ya las enfermeras se cansan. Como que a cada rato, cada 10 minutos yo te repitiera, ve ... y te dijera a cada rato lo mismo. Entonces estamos esperando que lo lleven al psiquiátrico, pero si no se calma en una semana, le toca irse, porque no está dando tranquilidad.

E: De la experiencia, en estos casos ¿han tenido algún familiar que diga no lo pueden sacar, es discriminación o se meta por ese lado?

J: No, porque todo debe ser muy formal.

E: ¿Está en el contrato?

J: Es decir, en el contrato está claro de que si causa algún problema para el entorno, le toca irse.

E: En cuanto a convivencia.

J: Y en el contrato también se explica muy bien. Por eso en el contrato, en cada hoja, ponen la huella y la firma; que si llega el familiar tóxico y dice “no, no me sacan” pues se le dice vea, aquí está en el contrato.

E: ¿Pero has tenido un caos así?

J: No, nada. En mis sedes no. En la sede de mi hermana si le tocó un familiar que hasta amenazó dijo “si retiran a mi papá, los mando a matar”, eso fue muy duro. Pero fue un hijo que tenía problemas con la drogadicción, entonces estaba en ese mundo de la drogadicción, quizá pandilla y amenazó, pero los otros familiares apoyaron a mi hermana, claro. Le dijeron “no, disculpa, es que él tiene sus problemas” y lo retiraron. Y, efectivamente, gracias a Dios no pasó nada. No hubo amenaza ni sicario, no. Eso pasó, pero en las sedes no suele pasar, sí preguntan que por qué y uno les muestra que en el contrato está y ya, se calman. Si no fuera por el contrato, si te metés en un gran problema. O sea que el día que tú hagas un hogar geriátrico, debes hacer el contrato.

E: En esas sedes que tú tienes ¿cuántos cuartos tienes en cada sede? Y ¿qué otras áreas hay en las sedes?

J: Tenemos en Casa Blanca son 27 habitaciones, se puede compartir hasta dos personas, o sea que se puede llegar a 30 pacientes. En la otra que es la más grande, si está justico, 37 habitaciones.

E: Y a parte de las habitaciones, ¿qué otras áreas hay allí?

J: No, pues, esta la zona del comedor sala, la parte recreativa, una de las sedes tiene piscina. Pero la piscina, lo mismo, no la aprovechan; hay abuelitos que dicen que no les gusta o que es muy fría, a pesar del solazo que esté haciendo. Que no les gusta porque el sol les pega. Se vuelven niños. Entonces es muy complicado. Uno les dice: ay, métanse a la piscina, jueguen y no.

E: Y entre las actividades recreativas cuando hacen o cuando va la fisioterapeuta hace uso de la piscina o ¿qué hacen?

J: Ella sí lo hace, pero, como todo, como se vuelven niños, ellos dicen “no, no quiero jugar, quiero ver televisión” y ven televisión, o “quiero leer” y leen, o “quiero dormir”, no los puedes obligar. Así ellos sepan que es un beneficio para ellos, no puedes obligarlos. Si tiene una demencia, pero está en su momento de no querer, hay que dejarlo tranquilo. Así tenga su demencia, no lo puedes obligar. Porque estén conscientes o con algún problema no pueden ser forzados a que hagan algo. Vos nombraste algo de amarrar al paciente, eso sí es obligatorio. Así vos veas a la persona amarrada, puedes decir, no eso es injusto o maltrato, pero es averiguar primero qué tiene el paciente.

E: ¿En qué situaciones, por ejemplo?

J: Nosotros cambiamos la sábana, porque se ve muy feo y da la sensación de “ve, lo están amarrando, pobrecito”. Les pusimos ya un protector, que se ve más decente y proteger en la silla, que no se puedan escapar. ¿Por qué lo hacemos? Porque hay pacientes inquietos que se levantan y de una se caen y puede haber fractura, de pronto se pueden abrir la cabeza, se pueden hasta matar. Entonces por eso se usa el protector, en vez de la sábana que se ve muy feo. Se ve como que lo están obligando, pobrecitos.

E: ¿Y eso lo identifica quién? ¿La enfermera? ¿El médico?

J: Se le informa primero al familiar, porque el familiar va a llegar y lo va a ver, entonces va a decir “ah, listo, ya está autorizado” y firma también. Todo hay que estar registrado, porque

no falta el familiar que dice “¿dónde está la prueba de que yo firmé, de que yo autoricé?” y que por eso tenga un problema. Entonces todo queda registrado. El familiar pregunta y uno le comenta, nosotros tenemos cámaras y le mostramos, se está parando mucho y en cualquier momento se va a ganar su fractura y nosotros no nos hacemos responsables. Ya el problema es del familiar si no acepta. Entonces le mostramos y dice, listo, acepto y le compra el protector.

E: Cuando un paciente va a entrar, ¿qué les piden ustedes a los familiares? ¿Qué deben cumplir para el ingreso? A parte de verificar si tiene una enfermedad mental o agresiva que afecte la convivencia.

J: Se le hace un chequeo y si tiene escara o algún morado, se le toma foto. Porque antes no se les tomaba fotos y el familiar preguntaba “¿Y este morado?” “¿Y este hueco que le salió?” y uno les dice “ah, no es que llegó así” y lastimosamente hay familiares que lo niegan y dicen “no, así no llegó”, entonces el problema ahí.

E: ¿Y las fotos quedan en dónde? Como un ¿archivo o carpeta del paciente?

J: En el computador y se pone en la carpeta del paciente. Entonces si llega el familiar conflictivo y dice “no, ese morado no existía”, uno le muestra (foto), vea, cuando llegó ya estaba este morado. Y ya, lo calmás, dicen “Ah, no me acordaba”. Porque lastimosamente es eso, hay familiares con malas intenciones. Ya sea porque, tuvieron un mal día y van a desquitarse ahí. Entonces debe tenerse todo registrado.

E: Y ¿qué más les piden?

J: Mmm, ¿qué más? Depende de cómo llegue el paciente.

E: Digamos, ¿también piden la EPS o algo así?

J: Primero es el chequeo y documentar. Segundo, sí, la EPS, debe tener EPS, ya sea con la Institución, nosotros manejamos Emermédica, tenemos convenio; o ustedes tienen, entonces ellos dicen no, mi papá o mi abuelito tiene con EMI o con CEM y listo, traen un certificado de que sí está afiliado. Y cada mes hay que verificar que siga afiliado.

E: Eso es un programa adicional a la EPS, ¿cierto?

J: Sí, el familiar lo paga. O si dicen que no, no lo tienen afiliado, entonces le hablamos a Emermédica y ellos igualmente lo pagan. La EPS cubre, mejor dicho, está el servicio de ambulancia, que sea con EMI, CEM o Emermédica, entonces se comenta “tiene mucha fiebre”, entonces van y digamos dicen no que acetaminofen o tal jarabe. Y la EPS es muy importante por si llega un momento de una caída o algo grave, llega la ambulancia y lo lleva a la EPS a autorizar, para que no quede volando y digan le toca al Universitario o al San Miguel, porque ahí sí es grave. Entonces al familiar le exigimos que tenga EPS el adulto mayor con su respectiva ambulancia. Y así digan no, no tenemos, mejor no ingresan. Ya les toca un hogar estrato 1 o tipo Cotolengo. Entonces ahí les toca que llevarlo y como Cotolengo es Fundación, entonces ellos asumen todo, en el sentido de que como son fundación, ya saben que van por caridad. Entonces si pasa algo dicen “no es que Cotolengo es Fundación” entonces Cotolengo se salva, pero uno como hogar geriátrico (privado) hay que cubrirse en salud. Otro requisito son los implementos de aseo, incluye también si el paciente debe utilizar pañal, kit de jabón, champú, y no es que el familiar diga “no es que

mi papá solo usa un jabón cada seis meses”, no, es cada mes. Ellos deben estar muy bien bañados y no es que se le acabó y hay que esperar otros seis meses a que vuelva a tener jabón. El Almipro, si utilizan pañales, también deben llevar el Almipro, porque no podemos dejar al paciente que se esté quemando.

E: Y todo ese listado del paciente ¿es tarea de que la enfermera esté reportando eso?

J: Exacto. Lo bueno es que yo tengo un formato personalizado y cada vez que llevan, tienen un conteo no queda, digamos que, en un libro y escriban y escriban y hay que buscar y buscar, no. Cada uno tiene su formato y cuando llega el familiar se saca el formato, se revisa y firma el familiar. Esto no con mala intención si no que llega el familiar a la carrera y lleva pañal y cosas y no firma y luego se le revisa y toca pedirle algo que no estaba, el familiar puede decir “no, yo llevé todo”, entonces por el olvido y acabar con eso, también se le hace firmar la lista de lo que lleva. Entonces si pasa ese olvido, se le muestra “usted firmó” y se le recuerda lo que falta, dicen “ah, yo juraba que le llevé todo. Ah, bueno yo mañana le llevo los pañales que faltan.”

E: Les toca ser vigilantes de todo.

J: Y uno no culpa al familiar, así como está el que quiere pelear, está el que se le olvida por sus carreras, o si porque pensó que llevó todo y no fue así o porque al comprar el medicamento pensó que llevaba 30 pastas, pero llevó una caja de 20 y eran 30. Eso es muy normal, ahí no culpamos al familiar.

E: Cuando estos pacientes tienes cita médica, o van a salir a peluquearse o algo así, ¿ellos van solos o hay acompañante?

J: También depende, hay familiar que dice “no, yo me lo llevo a la peluquería” y se lo llevan o el que dice “no tengo tiempo” y uno contrata y ellos pagan la peluqueada o el arreglo de uñas. El familiar autorizado puede sacarlo. Todo está registrado el familiar dice quiénes están autorizados o no. Puede decir este hijo no está autorizado porque está en la drogadicción y le quiere sacar plata o dañarle el momento a mi mama o que va a ir para llevar un poder; entonces ya sabemos qué familiar puede ir y qué familiar está autorizado.

E: ¿Y autoriza el familiar quien lleva la paciente?

J: Hay dos familiares que autorizan. Quedan dos responsables. No ha habido casos que digan “yo soy la única que autoriza”, no. Y siempre se pregunta quién puede ir y quién no. Porque siempre en la familia está la oveja negra

E: ¿Cómo se verifica que el familiar sea responsable del paciente que ingresa al hogar?

J: Con el documento, porque es un pagaré. Se verifica el documento de identidad y con huella y firma. No es que lo deje allí y no aparezca más, pues la policía puede buscar a la persona por abandono y eso. Gracias a Dios, en una ley genera multa y hasta cárcel. O si te inventás una excusa, no es que me enfermó o me fui de viaje es una multa millonaria.

E: ¿Ha pasado que abandonen a un abuelito?

J: No, no ha pasado. Si llegara a pasar se comunica a las autoridades, buscan al familiar, digamos que se murió, lo que sea, se quedó solita, ya ahí se mira si se lleva a Cotelongo, a San Miguel o a no ser que esté muy bien consciente y él diga ah no, yo sigo con mi pensión

y él mismo va pagando. Y ahí no pasa nada, así él se haya quedado solito. Lo más extremo ha sido que el familiar va una vez cada dos semanas y uno le comenta, sería bueno que usted fuera de seguido. Normalmente cuando sucede eso es porque el familiar tiene un tipo de demencia y dicen “no, ya no me reconoce, ya para qué voy” o también por el tema de que les da pesar, de pronto el recuerdo de que vivió todo el tiempo con su mamá y ver que le dio Alzheimer con demencia, le da pesar al hijo o a la hija. De pronto no quieren sentir esa tristeza y lo visitan una vez a la semana o lo visitan una vez cada dos semanas. Entonces por eso lo hacen.

E: ¿Cada cuánto se permiten las visitas?

J: Todos los días, menos lunes o, si el lunes es festivo, martes.

E: ¿Por descanso o qué se hace en esos días?

J: Sí, porque se hace mantenimiento en la casa o una limpieza extrema o pintar, para no fastidiar al familiar.

E: Y cuando se hace eso, ¿dónde están los pacientes en ese momento?

J: Si es pintura, se pasan a una parte donde no les llegue la pintura. Si es de aseo, no les afecta, porque están en su habitación o en el comedor, no les afecta. Se hace de manera independiente. Si es un producto muy fuerte, obviamente no pueden estar ahí dentro. Entonces digamos ningún familiar lo dejo que por abandono, no. Ha sido porque no han tenido de visitar a su ser querido o porque hay un código de que así que tú digas no es que mi mamá no quiere o yo no quiero, pues si tú estás ocupada o tu novio o pareja están ocupados, y tu mamá tiene riesgo de que se caiga, pues te toca un hogar geriátrico. No es cuento de que no, no quiero, pero si le pasa algo a tu mamá, te metés en un problema grave. Y si se muere ahí es un descuido y te meten a la cárcel. Entonces, así y todo la mayoría dice “no, no quiero un hogar geriátrico” y el destino les dice que toca.

E: Finalmente, la necesidad. Aunque hay personas que me comentaban que les daba temor de un hogar geriátrico porque no creen que los cuiden también como serían cuidados en casa.

J: Por ejemplo yo tengo una idea, pero no he tenido el tiempo, porque hay muchas cosas en la institución y me amarran. De que tenga el familiar un smartphone y pueda ver al paciente en la sede y pueda verlo en vivo y en directo.

E: Como hacen con los bebés.

J: como un reality. Digamos que tú seas una hija muy preocupada y digas, no, es que esos geriátricos no me generan confianza, la están maltratando y vieras cómo está tu mamá y digas “ah, sí está viendo televisión” o “ah no, está en la habitación o ya está dormidita”. Obviamente en esas zonas que transcurren muchas personas, no en la habitación porque quita la privacidad. Y tampoco en el baño porque privado. Entonces ya llega al caso el familiar al extremo sobreprotector de yo quiero ver mi familiar en la habitación, se dice no, no puedo le estás quitando la intimidad a tu abuelita o a tu mamá.

E: ¿Cada habitación tiene baño o hay un baño compartido?

J: Hay habitaciones que no tienen baño y otras que sí. Si hay 5 habitaciones sin baño, al lado hay un baño para esas cinco habitaciones.

E: ¿Ya que mencionaste varias cosas que te tienen ocupado, me podrías decir cuáles son esas cosas?

J: Nosotros no manejamos mensajería, entonces me toca hacer todos los pagos: arriendo, servicios, internet, televisión, la DIAN, Cámara y Comercio, Reunión con los contadores, pagar Emermédica, la parte de la funeraria. Obviamente saco un día, por lo general los lunes que no hay visita. Cuando son días de visita yo me quedo en la sede para escuchar al familiar, revisar las sedes, hablar con el enfermero, el fisioterapeuta, miro las cámaras. Entonces son muchas cosas. También como se está manejando la ISO 9001, la parte de calidad, entonces también son unos requisitos, unos procesos de cada área, la parte de enfermería, aseo, cocina. Entonces cada proceso poder revisarlos, que los formatos estén bien.

E: En los hogares que manejas hay alguna enfermera jefe que ayude como en eso.

J: Sí, pero es la misma auxiliar. ¿Cómo te explico? No es de que tenga el título de enfermera jefe, no, ya la que tenga mayor experiencia, es la jefe. Cada sede tiene su estación de enfermería, pero no hay una jefe como tal no, ni médico, pues el médico es el mismo que se tiene para el paciente de los servicios médicos, y si se necesita se llama y va el médico y dice si hay que internarlo o hay que ir a la clínica o la fórmula. Pero un médico ahí, no, primero por los costos, uno no puede pagarle a un médico \$2.500.000. Una enfermera jefe también exige más de \$1.500.000 o \$2.000.000, entonces no.

E: ¿Cuánto podría ganar una enfermera allí en el hogar? Supongo que el tiempo que lleve allí también influye.

J: Bueno, nosotros, no manejamos, todos deben ser enfermeras muy buenas.

E: Me adelanto, también, en ¿cómo hacen la selección de enfermeras?

J: Cómo se hace, primero que sea profesional, uno mira. Segundo miramos cómo es la actitud ante el adulto mayor o que vea y haga cara de “ay, ¿por qué me llama?” ya como que descartado. Si la enfermera es muy paciente o es amorosa y así el abuelito la empuje, no es de que: “ah! ¿usted por qué me empujó?” o le grite, ya es la indicada. Gracias a Dios tenemos enfermeras nobles. Hay unos que llegan por el voz a voz así “ah, me han dicho que aquí trabajan muy bien” y traen la hoja de vida. Gracias a Dios no nos tocan clasificados si no que automáticamente nos llegan las hojas de vida o me llegan por el correo. Hay una enfermera que no se le ve la vocación, pero trabaja ahí porque trabaja con la mamá y la mamá es muy buena, es la mejor. Y la hija estudió enfermería como por necesidad. Lastimosamente hay gente que estudia por necesidad, no porque le apasione o por vocación. Y es entendible, porque vos sabes que acá en Colombia no es fácil estudiar y trabajar. Entonces a ella se le nota, pues la llama un abuelito y ella pone mala cara. Entonces da pesar y me gustaría como tener esa posibilidad de decir, ve te pagamos un estudio lo que tú quieras, algo que te apasione y ahí sí estudie y se gradúe y váyase. Pero no tenemos esa capacidad como los Bancos que pagan parte de una carrera. También quisiera un programa así, tener alianzas, como hacen las empresas, es decir, la Institución tiene convenio con Juan Valdez y Juan Valdez pagar un porcentaje en esos estudios. O conseguir convenios con las Universidades privadas que dieran una beca, para el hogar geriátrico. Quienes trabajan con

nosotros son auxiliares, con estudios técnicos, una profesional cobraría más del mínimo y nosotros pagamos el mínimo. Pero damos incentivos, como por ejemplo a la enfermera que es muy buena, le damos \$400.000 pesos más, como un regalo, que no va en la nómina.

E: Como una bonificación.

J: Lo otro también es que crear una empresa no es fácil. Entonces por la seguridad social te cobran de todo parafiscales. Nosotros sí, gracias a Dios, podemos cumplir eso. No como otros hogares que sin prestaciones y ahí a la deriva. Que si no tienen seguridad social, ah no importa trabajen; pero eso es un riesgo muy alto. De que si se muere ahí la enfermera, les cierran el negocio y para la cárcel. Es un riesgo, si es una enfermera mala gente, hace las cuentas y va al Ministerio y dice que nunca le hicieron contrato, eh abusaron de mí trabajando más de 10 horas y los multan. O sea, la misma enfermera hace un complot y ahí gana. Entonces nosotros nos cubrimos en salud y si llega una enfermera lo mismo, y dice “abusaron de mí con el trabajo” le decimos, bien pueda, vaya al Ministerio. Y si el Ministerio nos llama mostramos aquí está el reglamento interno de trabajo, el contrato; ah no, no puede hacer nada. La enfermera no gana nada. Por lo mismo que le pagamos al gobierno, no podemos darnos el lujo de decirle a la enfermera gánese 2.000.000 o gánese 4 millones.

E: Con esto del personal ¿cómo funciona lo de las practicantes? ¿Hay convenio con alguna institución?

J: Bueno, nosotros tenemos convenio y cada vez que inician práctica, van a la institución.

E: ¿más o menos cuántos practicantes van?

J: La escuela siempre quiere enviarnos todos los practicantes, porque se trabaja bien. Pero hay un límite, porque entre mayor cantidad, no se hace nada, no trabajan. Nosotros les exigimos, no celular, porque hay unos que llegan con vocación, pero otros van por necesidad, estudian por necesidad. Los de necesidad se pegan del celular o empiezan a charlar o mirar la televisión, como otro paciente más.

E: ¿Hacen selección?

J: ahí no podemos discriminar y decir usted es vago entonces no, no. Es al azar. No podemos hacerles un memorando y chao, no, pero si podemos decirles “vé, no está haciendo nada y eso baja tu calificación y puedes perder tu práctica”, y como están pagando, entonces ahí sí se ponen las pilas. Y el que no tiene vocación, lo hace por obligación, esperando que se acabe rápido la práctica.

E: ¿Cuánto dura la práctica?

J: En general dura cuatro meses. El practicante lleva su carpeta, es decir, la Institución hace un documento y también la firma el estudiante y nosotros también firmamos. Ellos ayudan, colaboran en lo que se hace. Lo único en lo que les ayudamos es en la alimentación, no les pagamos.

E: ¿Les aplica lo de practicantes SENA?

J: En lo del SENA nos salvamos, porque son de 15 empleados en adelante que hay que adoptar un practicante del SENA y hay que pagarle la mitad de un mínimo por seis meses y después hay que contratarlo a la institución. Y en total de empleados son 14, estamos al

límite. Allí están las enfermeras. Las de aseo y cocina si es por medio de otra empresa, Trapiaseo.

E: ¿En la cocina manejan una dieta especial? ¿Es una dieta por paciente o todos comen lo mismo?

J: No, el que es diabético tiene su menú, el que no puede comer carne, tiene su menú, el que puede comer todo, come de todo.

E: ¿Eso va a depender de cada paciente?

J: Pues hay conjuntos, entonces están los diabéticos, son seis entonces son esos seris. El que puede comer de todo se hace un menú. Por lo general manejamos tres menús. El diabético, el tradicional y el que no puede comer azúcares o algún dulce, pero es muy escaso, a ese llamémoslo personalizado.

E: ¿Hay algún nutricionista que les apoye en crear esos menús?

J: No. Me encantaría, pero el presupuesto no da.

E: Lo que estás implementando es más por la experiencia que tienes trabajando en el hogar.

J: Y porque el familiar lleva la información dice, mi abuelito no puede comer esto o esto. Si ya vemos que el abuelito empieza a bajar de peso, le decimos al familiar, que pida un nutricionista con cita. Cada mes le damos un informe de como está el peso, la temperatura, todo, hasta de un morado. Si está bajando de peso o tiene muchas manchas le comentamos y se llama al médico. En las manchas ya el médico decide “hay que hacer esto” o “hay que internarlo”, si lo internan, deben contratar a una enfermera, si es necesario. Hay un 90% que contratan, porque es un adulto mayor que no se puede defender solo, pues son pacientes que no pueden decir “voy a llamar a la enfermera”. Son pacientes que están mal de la cabeza, con demencia. Entonces se contrata a la enfermera y el la mira “vé, se está quejando” o “voy a llamar a la enfermera del hospital”.

E: Normalmente, en promedio o por mes, ¿cuáles son los gastos de un hogar como el que estás manejando? ¿A cuánto llega a equivaler un gasto mensual?

J: Gasto mensual, en nómina se me van más o menos 8 millones de pesos, por aparte son 3, en total 11, más el fisio y terapias, pongámosle 15 millones en nómina todo de institución y externo. El arriendo en promedio son 6 millones, ahí vamos 21; en servicios se van unos 4 millones o 3 millones; más el gas que son como 400 mil o 500 mil. Gastos ocasionales, digamos se dañó un asiento, la mesa o la pared hay que pintar, más o menos un millón. Mejor dicho en gastos se van un poco más de 25 millones haciéndolo así rápido y más mi salario. Yo merco mensual unas cuatro veces, y se me puede ir más o menos 2.400.000 solo verduras y carne, ya en otros productos son como 1.600.000, en total se me van como 4 millones. Así que ponele 30 millones en promedio por las dos sedes juntas. Eso se va por más o menos 50 abuelitos, porque no suele estar a tope, pues cuando se llega a 60 se muere alguno o varios.

E: ¿Cómo manejan las noticias sobre la muerte?

J: Por lo general a mí me toca dar la mala noticia. Entonces digamos, por lo general se mueren después de comer, que es algo positivo porque se mueren tranquilos, no se mueren

de que el dolor, me duele, me duele y le dio un infarto o que estén jugando y se murió, no. Es como una muerte como bonita, porque van a su habitación y cuando uno pasa ya no están respirando. Se llama al médico para confirmar y llega el médico y dice “efectivamente falleció” y se hace el acta de que sí falleció. Y cuando está confirmado con acta, se llama al familiar y se le dice que falleció Pepito Pérez.

E: Ahora nos decías que de lo que pagabas había algo con la funeraria. ¿Qué tiene que ver la Institución con la funeraria?

J: Son las exequias. Se le comenta al familiar, de que como ya está en una etapa en que cualquier momento puede fallecer se le ofrece exequias, es un convenio con Siempre, así se llama la empresa. Y el convenio se trata que tu pagas mensual 10 mil o 15 mil pesos y en el momento de cuándo fallece ya vos no pagas nada que el ataúd, el velorio, que el entierro, es un seguro, más bien. Y siempre se le ofrece, pero si el familiar dice que no, bueno de pronto ya tienen el dinero ahorrado. Y eso no es obligación, pero ya es responsabilidad del familiar.

E: En los casos que los familiares no tengan un plan de estos y no hayan pagado lo que ustedes les ofrecen, ¿qué sucede con la persona que falleció?

J: Si es un familiar que no ha pagado exequias, el cuerpo luego de que se haga el acta debe estar ahí, máximo dos días y al familiar le toca hacer todas las diligencias. Si pasan esos días me toca llamara esos lugares de NN. Llamamos a que lo lleven a un cuarto frío. A esos velorios que tienen cuarto frío. Una vez pasó, el año pasado, pasaron los dos días del cuerpo ahí en el hogar, pero el familiar se encontraba en Europa, lastimosamente viajó por trabajo y el paciente se murió. Entonces el familiar estaba en Madrid y se le comentó que el familiar había fallecido y no tenía más familiares, entonces le tocó pedir permiso en el trabajo y compró el tiquete para devolverse. Y en ese tiempo se demoró tres días, pidiendo permiso, consiguiendo tiquetes, entonces tocó en un cuarto frío, en la Ermita. Ah, bueno la segunda opción es enviar una carta d autorización diciendo “yo estoy lejos” entonces por favor ustedes, hagan todo. Estar en el velorio, enterrarlo y hacerle la despedida, todo. Entonces lo hacemos con la empresa que tenemos convenio y se envía el cobro al familiar. O el caso de que por viaje no están cerca, el familiar paga el cuarto frío, porque quiere ver a su ser querido. Entonces paga el cuarto frío para que pueda llegar y lo alcance a ver. Todo lo define el familiar y nosotros nos movemos con lo que decida.

E: Cuando pasa esto, que alguien muere, ¿qué pasa con las personas en el hogar? los pacientes que ya eran amigos o las enfermeras si ya se habían encariñado, por ejemplo.

J: Si uno le coge cariño a un paciente, pues obvio da duro, le pega y uno va al velorio y se le sale la lágrima, pero hay que ser fuerte, porque si vos te afectás por cada muerte, vos te volvés loco.

E: ¿Hay algún tipo de tratamiento para ese manejo de duelos?

J: El familiar ya lo tiene muy claro, cuando lo llevan a un hogar geriátrico, ya sabe que está en su etapa final.

E: Y ustedes en la institución, los pacientes ¿cómo lo manejan?

J: No. Yo porque ya estoy acostumbrado pero si uno está muy apegado, claro que la lágrima, pero ya no más, vos sabés que uno no puede quedarse ahí pegado.

E: ¿Y en los pacientes, has notado algo en cuento a esas muertes que se dan en el hogar?

J: Los pacientes, no les afecta. También la tienen clara. Todos allí la tienen clara. Solamente llegan y dicen “¡ay! qué pesar y ya”. Lo más duro es cuando van parejitas, que está el esposo y la esposa, y cuando se muere uno de los dos, al otro le da duro y a la semana se muere, no aguantan el dolor. Cuando están muy pegados así parejita amor eterno. Hubo una vez una parejita que el abuelito quedó ciego, pero ella podía ver y lo podía guiar, y ella no escuchaba y él la guiaba; eran el complemento. Y ya cuando no lo sintió, porque siempre duró mucho, el señor tenía como 102 años y ella como 99 años. Entonces cuando ella ya no lo sintió como a las dos semanas se murió. Fue como una muerte bonita, porque fue en la mañana que ella, como que durmiendo, murió y fue también su dolor, porque ya estaban muy viejos. O la parejita con Alzheimer, que a pesar que no recuerdan a sus familiares, ellos dos sí se recuerdan, y se dicen cosas y se dan besitos, a pesar de que tienen Alzheimer, pero se recuerdan. Es como una conexión muy fuerte.

E: ME has hablado un poco de que has tenido ideas que no has podido hacer por la ocupación de tus deberes. Qué ideas has para el hogar.

J: Estamos pensando en construir un hogar y ponerle un toque especial, como te había contado, lo de las cámaras, que los familiares que no tengan tiempo puedan ver a su familiar o que si los extrañan puedan hacer videollamadas. Mi hermano en la sede en Pance trató de implementarlo, pero con un televisor, como allá es un estrato alto, los familiares pueden ir o cada abuelito tiene su smartphome, entonces no necesitan eso. La idea sería con una tableta, que se pueda llevar a cada habitación, porque no faltará el abuelito que no pueda o no quiera caminar y hacerlos ir a un cuarto no, entonces mejor llevarle la tableta. Me gustaría también la idea de hacer, como tiempo real de cómo va evolucionando el paciente, como una aplicación que muestre al familiar que diga “vé quiero ver cómo está mi papá” y la aplicación le muestre como está de peso, presión, y así.

E: Que reporte lo que ya manejas en los formatos que me decías que das cada mes.

J: Pero ya sería el registro diario. Y que el familiar en tiempo real sepa, “vé le dieron medicamento” “vé, bajó de peso”. Y que vea el historial, como en el futbol, que uno ve lo de cada jugador. Entonces me encantaría hacer eso o las alianzas para ayudar a los empleados, de quien lo hizo por necesidad, decirle, vé tenemos este convenio, si trabajas con nosotros, puedes estudiar en la icesi o la Javeriana o en un instituto normal, pero que cumpla su sueño, su pasión. O el estudiante que le gusta el tema del adulto mayor, que podamos pagarle la estadía y comida, y que estudie y luego trabaje con nosotros. Como cosas así, ¿si me entendés? Pues son tantas ideas que me falta es tiempo, alianzas, como tener una persona que me diga “Vé Jose, vení te ayudo con esta idea”

E: ¿Qué factores consideras son fundamentales en un hogar geriátrico?

J: Perseverancia, paciencia, tener un equipo muy bueno que trate bien al adulto mayor. Esa es la clave. Porque si se va a iniciar un hogar geriátrico se debe tener mínimo lo de tres meses. Paciencia con empleados, con adulto mayor con los familiares. Y mucho amor, porque si no ves al adulto mayor con cariño, no va a funcionar.

E: ¿En el valor inicial que me decías de iniciar un hogar, va incluido lo de los tres meses?

J: Sí y, también, va incluido lo de construir cuartos, porque se deben hacer más cuartos y adecuar el espacio para el adulto mayor. En ese valor incluyo eso.

E: ¿Los cuartos ustedes los equipan con cama, nocheros, o es el familiar?

J: Cada familiar. Porque eso ya es muy independiente. Ya como hija puedes decir qué quieres para tu mamá. Digamos que tiene Alzheimer, ya como hija decidís si llevas la cama de tu mamá porque es la que le gusta, quiero que esté lleno de cuadros, porque a mí mamá le encanta, lo puedes hacer. También hay cuartos con camas sencillas, pero si el familiar no quiere esa cama o mueble, si no otro, lo puede llevar, también, y guardamos las camas que teníamos. Para este negocio debe haber visión, porque si se quedan en la zona de confort, como muchos hogares que habrás vistos, pueden llenar una casa, pero no necesariamente darle para pagar bien a sus trabajadores, o para crecer con otra franquicia, abrir otra sede, o no cuidan bien a los pacientes, como que se ven sucios o el espacio. Por eso me gusta mucho que la Secretaría de Salud ya está regulando eso.

E: ¿Hay algún tipo de asociación o gremio en Cali de dueños de hogares geriátricos?

J: Pues nosotros manejamos cinco sedes, y somos familia. Pero otros hogares no sé, porque ellos se reúnen cuando hay una situación con la Secretaría de Salud. Nosotros vamos todos, todos los hogares, bueno, la mayoría. Y ya entre ellos creo que hacen como una vaca, para la parte legal y contratan un abogado. Pero lo que te digo, porque no tienen esa visión de independencia para agar abogado, contador. Y el próximo año va a estar duro para esos hogares que están en su zona de confort, porque la misma DIAN ya no está permitiendo tantas fundaciones y hay muchos hogares con el título de fundación; pero el próximo año el hogar que sea fundación y no cumpla los requisitos, tenga su multa o cierran. Y otra idea que tenía era como ser auditor, de los hogares que están en su zona de confort y decirle, vea le falta esto y esto, y manejar un dinero extra, ¿me entendés?, por el conocimiento.

E: Me dices que estás implementando la ISO 9000.

J: Por ejemplo en Paraíso ya está implementado y puede ir quien quiera, Secretaría ... En la parte de servicio no hay falla.

E: Más o menos ¿cuánto vale esta acreditación?

J: El curso vale \$2.000.000, para ser aprobado \$10.000.000. Y cuando se cumpla (porque eso tiene un tiempo) se cumpla el tiempo, hay que pagar como 15 o 20 millones. Para tener otra vez ese título. Pero eso no es tanto lo que pesa. Lo que pesa es el conocimiento, porque vos tenés todo el proceso de lo que le toca hacer a la enfermera, lo que le toca a la del aseo, a la de cocina, ahí se iniciaron todos los formatos. Eso sí valió la pena la inversión. Porque el sello, en hogares geriátricos, hoy en día no pega casi. Vos podés decir, ay tiene un sello y podés ir a la sede y decir por un detallito “no, no me gustó”. A pesar de que tenga el sello asegurado, no. Quizá en la Universidad lo exigen porque vos decir es una Universidad acreditada y puedo conseguir empleo rápido, eso sí. En un hogar, no. En el Hogar tiene valor agregado cuando, digamos, el familiar ve los formatos y ve todo, como que a él no le pasa nada, ya, da tranquilidad de que estoy en un lugar seguro. Tú vas a mis sedes y verás normal, sí, pero que es muy aseado y nunca sentirás ese olor a berrinche, no y no vas a ver sábanas manchadas, no. O que en el patio está la manguerita para bañarlos, no. Cada uno cuenta con baño.

E: Ustedes tienen una página web para buscarlos.

J: Está en remodelación. En mercadeo tenemos somos Grupo Amor y Ternura, pero cada uno, por cuestiones legales, tenemos diferentes nombres. Nosotros nos llamamos Cuidando con Amor, el de mi hermana Casa Armonía y el de mi hermano Paraíso Gold. La idea es luego llegar a ser Franquicia, y la idea es ser como Paraíso Gold.

E: ¿Cómo manejas tu tiempo? ¿El tiempo tuyo, no como trabajador del hogar?

J: Ah bueno, yo antes trabajaba de lunes a domingo, porque estaba todo el desorden, no había lo de la ISO, entonces como no había orden, habían muchas quejas. Entonces el familiar, necesito a hablar con usted y eso era un domingo, entonces tocaba ir, no se le podía decir no, no puedo. Hoy en día como ya hay orden, están las enfermeras más consolidadas en su trabajo y claras en sus funciones. Entonces voy de lunes a viernes. A veces, voy el sábado cuando ya es objeto de que bueno “quiero egresar a mi ser querido”, entonces voy el sábado. O cuando es un evento especial, por ejemplo el día de la madre, preparo y organizo todo, organizo para que cada abuelita tenga su rosa. O el día del padre, pues los hombres son así como de una rosa, pero se les da un detalle como unas medias o un dulce, entonces voy los sábados.

E: Cuándo contratan para actividades de fisio o las actividades de integración que mencionas, va por parte de la institución.

J: Sí, va incluido en la mensualidad. El fisio es por horas, no se puede contratar tiempo completo, es más costoso. El Fisio que tenemos ahí es muy buena gente y es el fisio de ahí desde hace tiempo. A nosotros nos gusta que quienes trabajen ahí sean nobles, de buenos sentimientos, que generen sensación de confianza. Yo sé que no es fácil encontrar personas que trabajen así por un mínimo, pero por eso me gustaría tener más alianzas para apoyar en estudios a los trabajadores. Que si la que trabaja en cocina no quiere estudiar, si lo pueda hacer el hijo. Qué rico poder decir, a la de cocina, que se siente cansada y decirle, tranquila, tome dos semanas y tenga un viaje como reconocimiento, pero pues nosotros no podemos aún hacer eso.

## **Entrevista a administradora de Hogar geriátrico 2**

Entrevista a María Deysi (MD) Administradora de Hogar Geriátrico 2 de la ciudad de Cali.

Fecha: Octubre 26 de 2019

Entrevistadoras: Yesenia Salazar Serrato (Y). Estudiante de Maestría de Intervención Psicosocial, Universidad Icesi; y Laura Romero (L). Estudiante del programa de Psicología.

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 haya 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 él 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 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 esta 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 esta 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 afectivos 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 tu 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 entrevisto 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, tu 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 esta 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 tu

disfrutes de lo que está diciendo la persona, y otra cosa es que tu 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 mas 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 tu 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 el 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 miras, 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 esta acá permanente, pero a diario le mandamos un WhatsApp diciendo como esta alguien o le mandamos foto de alguien, el diario nos esta 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 mi y yo llamo, yo me ocupo, entonces yo ya me ocupo de las cosas. Entonces es muy personalizado todo, ¿sí 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 mi 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 si que funciona, eso si 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 esta cerrado, entonces: "¿y usted quien es?". Y la vez que fui, uno empieza a tocar puertas, entonces como: "¿y usted quien 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 esta 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 mi 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: Si, 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 mi 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 sales 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 comuniquen, 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 esta fulano, por qué no esta 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 ratico 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 valido 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 mi 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 se 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 mi 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 Paraiso 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 cuanto 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 esta 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 a parte y esto otro también es a parte. 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 si o un día no. Deslactosada porque la leche entera es muy pesada.

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

MD: Si, 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 tu 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. Que 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 pacienticos 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 sentida 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 el 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 si 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 tu 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.

## **ANEXO 2 – Notas de campo**

### **Notas de campo Hogar 1**

#### **Primera visita – octubre 13 de 2018**

En este primer día había expectativa por lo que pudiera observar en el hogar. Una casa grande de dos pisos, adaptada para ser ocupada hasta por treinta pacientes adultos mayores y las personas a cargo de su cuidado. En este día sólo íbamos (una colega y yo) con la intención de observar y presentarnos. El espacio en el que estuvimos fue la sala, en donde estaban los adultos mayores sentados, disponían en este espacio de un televisor, un sofá, asientos individuales y dos mesas, estaban sentados en forma de U en el espacio de la sala, con una distancia entre cada persona que tenían de frente de al menos un metro, a los lados estaban más a menos de medio metro cerca. El ambiente de ese espacio se sentía un tiempo de receso, algunos adultos mayores veían televisión, una de ellas hablaba sola y jugaba con sus manos, otra paciente no hablaba y su familiar que la acompañaba de visita, el hijo, tampoco hablaba; otra paciente hablaba con su familiar que le traía una pasta de dientes y se despidió con besos, se fue pronto. Otra visitante, esposa del adulto mayor a quien visitaba, se alejó de la sala con él y lo llevó hacia la zona que suele ser parte del comedor y le hablaba, como contándole historias

Las dos enfermeras se encontraban; una preparando medicinas y recibiendo a los familiares visitantes, y la otra se encontraba haciendo limpieza a adultos mayores que se encontraban en sus cuartos. Para ellas el ambiente se notaba bastante atareado con varias funciones por hacer para los adultos mayores (organizando medicinas, dando reportes por WhatsApp a familiares, entre otros) y los familiares (atendiendo sus inquietudes, recibiendo los encargos, reportando medicinas pendientes, entre otros).

Durante esta visita, mi compañera y yo no realizamos actividad programada, más allá de presentarnos a cada adulto mayor que se encontraba en la sala y saludar a los familiares que iban llegando de visita, indicándoles que estábamos allí para acompañar y aprender más sobre el cuidado de los adultos mayores. En ese momento pudimos observar 13 adultos mayores, de los cuales 5 eran mujeres y 8 hombres. Estaban distribuidos entre la sala y el espacio de comedor. Observamos tres visitas ese día, dos se quedaron en la sala y una visita fue con su familiar hacia el comedor.

Una de las enfermeras se refiere a los adultos mayores como los “niños” al referirse a ellos de esa manera, diciéndoles niños. También nos explica que en las mañanas las actividades de cuidado se enfocan en el aseo de los pacientes, terapias y el desayuno; mientras que, en la tarde, en especial el fin de semana, son tiempos de receso para el adulto mayor. Continúa indicándonos algunos espacios de la casa, como el espacio de comedor, la sala, indicando que es el espacio donde más pasan tiempo los adultos mayores. Me doy cuenta de que no todos tienen visita y algunos miran los familiares que están de visita con otros de los adultos mayores. Me acerco a algunos de ellos y les hablo. Una de ellas, la que está jugando con sus manos, la invito a que me hable, preguntándole ¿cómo está?

En un momento de la tarde, luego de que terminara el espacio de la visita de familiares, mientras ayudábamos mi colega y yo a asistir en la cena a algunos adultos mayores, nos expresa una de las auxiliares de enfermería: “ojalá tuviera más tiempo para hacer más actividades con ellos, que se integraran más, pero es que el tiempo no da” resaltando que la ocupación de su trabajo no le permite hacer algo más.

La visita se realiza en horas de la tarde del sábado, es un horario de visita. En la hora de visita los adultos mayores se encuentran en la sala o espacio abierto del hogar en donde tienen asientos y algunas mesas, también cuentan con el antejardín para quienes usan sillas de ruedas. En la sala se encuentran 13 adultos mayores, algunos acompañados de familiares. También hay dos enfermeras que están al cuidado de los adultos mayores.

### **Segunda visita – octubre 28 de 2018**

Eran las 9:30 a.m. cuando llegué al hogar 1. Encuentro que hay practicantes de enfermería realizando sus pasantías en el hogar. Al entrar me saludan dos adultos mayores que están en el antejardín, en la sala se encuentran 4 adultos mayores más, que saludan levantando la mano o la ceja.

A las 10 a.m., mientras ayudaba a repartir la fruta a los adultos mayores, una de las auxiliares nos dice, a mí y dos practicantes de enfermería que estaban en la sala, que juguemos parqués, pero que antes ayudemos a caminar a algunos de los adultos mayores que están sentados en la sala al intentar hacer caminar a los adultos mayores, ellos parecían aceptar la caminata sin contrariar, pero procuraban que la caminata fuera corta, pues mientras ayudaba a sostener con un practicante a un adulto mayor mientras caminaba, éste último decía “hasta allí y me siento”. Las enfermeras alentaban a los adultos mayores a hacer pequeñas caminatas en la sala, a modo de ejercicio diciéndoles “vamos a caminar, para mover las piernas”, luego le ayudó a levantarse para que caminara mientras lo sostenía.

Luego, una de las auxiliares nos muestra una cesta llena de pelotas, suaves, que podían cogerse con una mano. Nos pidió, a mi colega y a mí, que jugáramos a la pelota con los adultos mayores y con la pelota y el cuadro de parqués se lo entregó a los practicantes en pasantía para que jugaran con otro grupo de adultos mayores en el comedor, mientras nosotras jugábamos en la sala. Con el juego de la pelota, pregunté a la auxiliar de enfermería cuál era el propósito o qué juegos hacían con la pelota, a lo que respondió “la idea es que muevan los músculos superiores, entonces que la puedan tirar lo más lejos que puedan”. Jugamos con los adultos mayores a encestar la pelota, a pasarla de un lado a otro entre ellos. Luego de un tiempo de juego, notamos que los adultos mayores no se encontraban más interesados en jugar con la pelota, por lo que finalizamos la actividad y agradecemos la

participación de todos. Como el juego de parqués no había terminado, nos acercamos, mi colega y yo, a ver cómo se desarrollaba el juego. Los practicantes pedían a los adultos mayores que tiraran los dados y luego les pedía que movieran la ficha la casilla que ellos le indicaban, a lo que el adulto mayor atendía y movía la ficha. Pude notar que esto animaba a los adultos mayores, pues luego de un rato de juego no parecían perder el interés y se veían atentos cuando llegaba su turno de jugar. Se notaba que se sentían involucrados en el juego. Al final, ganó un adulto mayor y el practicante que le acompañó durante el juego expresó “¡ganaste!” con alegría y expresión efusiva a lo que el adulto mayor respondió con una sonrisa.

Luego del juego siguió el momento del almuerzo, ayudamos mi colega y yo a asistir la alimentación y luego de esto nos despedimos de los adultos mayores y personal del hogar (auxiliares de enfermería, cocinera y aseadora).

### **Tercera visita – noviembre 03 de 2018**

Al llegar al hogar me recibió una de las auxiliares de enfermería expresando “los abuelitos las han preguntado” y al preguntarle de qué manera sabía que estaban preguntando por mi colega y por mí, a lo que me expresa “porque nos preguntan mucho por las niñas, que dónde están las niñas que hablan con ellos o cuándo vienen las niñas”, con lo que me da a entender que los adultos mayores hacían referencia a nosotras como las niñas. Esto me permite pensar en la forma en que los adultos mayores van representándose la realidad, nombrando a su consideración a los otros que le rodean.

Esta visita transcurre en el horario de la tarde. Es un día lluvioso y algunos de los adultos mayores se encuentran en sus cuartos. En la sala hay 13 adultos mayores, 3 en el sofá viendo lo que reproduce el televisor y los demás sentados a los lados de la pared. Una persona adulta mayor me indica que tiene frío y que le diga a una de las auxiliares que le brinden menos del yogurth que le trajeron, a lo que asiento. Posterior a esto se voltea y habla con otro adulto mayor y le dice “¿qué haces?” a lo que el otro le responde “Nada, aquí esperando los huevos” ambos se ríen y pregunta el primero “¿para los pericos?”. La persona adulta mayor que respondió lo de los huevos, es alguien que no habla mucho, al principio pensé que había perdido el habla, pero en esta conversación comprendí que habla, cuando le hablan. No expresa muchas palabras, pero responde cuando le hablan, con un gesto, una palabra o un chiste, como este de los huevos.

Durante esta visita al hogar, hubo más familiares de visita que lo que había visto en las anteriores visitas al hogar. Unos pocos adultos mayores no tuvieron visita ese día, ante lo que decidí sentarme junto a ellos y escuchar sus historias; algunas eran historias repetidas que ya me habían contado y otras correspondían a lo que habían hecho durante el día. También vi a dos adultos más conversar mientras veían televisión.

Llega el final del espacio de visita y sigue la hora de la cena, a lo que me ofrezco a ayudar y las auxiliares complacidas aceptan la ayuda. Luego de esto los adultos mayores son empijamados y alistados para la hora de dormir.

### **Cuarta visita – Noviembre 17 de 2018**

La visita de hoy comienza con visitas de familiares de una persona adulta mayor del hogar, que trajeron bombones, galletas y gaseosa para compartir con su familiar y las demás

personas en el hogar, adultos mayores, personal del hogar y otros visitantes. Otra persona adulto mayor me indican que esos familiares en particular suelen compartir de la comida que traen su familiar con los demás. A su vez, me señala a un visitante y su familiar adulto mayor, me muestra que este visitante ayuda a levantar a su familiar del sofá y me expresa “eso es un palo, que lo tengan que levantar o sentar a uno. Un palo muerto”.

Llegan mas familiares de visita y vuelvo a acercarme a quienes no han recibido visita ese día. Una de las personas a las que me acerco me pide que le ayude a moverse a otro espacio de la casa, que le ayude a caminar. Mientras le ayudaba a caminar y dejaba en el lugar que me pidió esta persona adulto mayor, pude escuchar a dos adultos mayores, que estaban ahí, hablar sobre historias de sus vidas y uno de ellos me mira y empieza a hablar de cómo las de blanco a veces se metían a sus cuartos a esculcar sus cosas o cómo las de blanco les avisaban cuando debían ir a comer, a lo que en ese momento señalé a las auxiliares de enfermería, preguntando si eran ellas las de blanco a quienes se referían, pero negaron con la cabeza y decían “no. Las de blanco que se meten ahí a esculcar”, mientras señalaban el cuarto. Pude suponer que “las de blanco” eran las auxiliares de enfermería, pues son quienes visten uniforme blanco en el hogar.

Esta vez mi visita duró el mismo tiempo que duran las visitas de familiares, pues debí retirarme antes del momento de la cena. Indiqué esto a las auxiliares de enfermería, quienes indicaron que estaba bien, pero que les daba pesar que no pudiera quedarme para ayudarles en la cena.

### **Quinta y última visita – noviembre 25 de 2018**

En esta visita mi colega y yo llevamos cuentos infantiles al hogar, para leer con los adultos mayores, uno de ellos fue *Franklin ayuda a sus amigos* de las autoras Brenda Clark, Paulette Bourgeois, y *El Monstruo de colores* de la autora Anna Llenas, con lo que se buscó hablar sobre compañerismo y diferentes momentos de las emociones con los adultos mayores. Empezamos con el cuento de *Franklin* y tres interesados en leer e identificar las gráficas en el libro, luego aumentó este grupo a cinco interesados. Los adultos mostraban interés en participar en lo que mi colega y yo preguntábamos sobre las gráficas o lo que íbamos leyendo del cuento. Al finalizar el cuento era el momento de la media mañana, ayudamos en la asistencia de los alimentos de este espacio con mi colega y luego propusimos de nuevo leer un cuento, esta vez el del *Monstruo de colores* donde pedía al adulto mayor identificar el color que veíamos e intentar relacionarlo con la emoción que expresaba el rostro del protagonista del cuento. A medida que seguíamos leyendo en voz alta se iban uniendo más adultos mayores queriendo decir el color que veían y la emoción que parecía tener el monstruo según sus gestos.

Me sorprendió que una persona adulta mayor participara, pues una auxiliar de enfermería me había indicado antes de que convocáramos a los adultos mayores a la actividad que esa persona en particular era alguien que no suele participar en las actividades que usualmente se proponen me expresó: “ni le preguntes porque no le gusta participar en las actividades que se hacen”. Mientras transcurría la lectura me percaté que miraba por el rabillo del ojo lo que leíamos y lo que respondían los adultos mayores participantes y fui acercándome mientras seguía leyendo, hasta que empezó a participar respondiendo color y emoción que veía en el monstruo.

Esta visita finalizó luego de la asistencia del almuerzo. Me despedí de los adultos mayores y agradecí a cada uno por dejarme escucharlos y compartir con ellos. Agradecí también a las auxiliares del hogar, quienes manifestaron que podía volver cuando deseara y desde la dirección autorizaran y me devolvieron el agradecimiento por la ayuda durante las visitas.

## **Notas de campo Hogar 2**

### **Primera visita – octubre 26 de 2019**

En esta primer visita, esperé que llegara la administradora para que me presentara con las auxiliares de enfermería para que no se les hiciera extraña mi presencia ni la de mi colega que me acompañaba en estas visitas. Mientras esperábamos en un salón grande con mesas y una sala, vimos a 13 adultos mayores entre el salón grande y el pasillo. Algunos leían el periódico, otros jugaban parkes y otros veían programas de televisión. Había una persona en condición de postrada en su silla reclinable en la sala en compañía de una cuidadora que tenía un uniforme diferente al de las auxiliares de enfermería. Dos adultos mayores recorrían el pasillo interno de la casa y mientras lo hacían saludaban a las auxiliares que pasaban por el pasillo.

Al llegar la administradora, nos pregunta que cómo estamos y que le da gusto vernos en el hogar con interés de aprender sobre los adultos mayores. Mi colega y yo le indicamos a la administradora que nos encontramos realizando un trabajo académico sobre la vejez y el adulto mayor y que nos gustaría hacer unas preguntas, a modo de encuesta semiestructurada y ella acepta con gusto que se realice la entrevista.

Al finalizar la entrevista la administradora nos presenta con cada auxiliar de enfermería y les indica que estaremos ahí para conocer más sobre cómo funciona el hogar en cuanto a los cuidados del adulto mayor y para apoyar el espacio de ocio con adultos mayores. La administradora nos cuenta que procuran que los adultos mayores realicen actividades durante el espacio de ocio, para que no se depriman en sus cuartos solos. Nos enseña la casa mientras nos cuenta que la estructura del hogar fue pensada para ser un hogar para adultos mayores, en un principio con servicios de caridad, pero que luego debió convertirse en algo autosostenible.

Mientras recorremos los espacios, vemos como varios adultos mayores caminan por los pasillos de la casa, y nos saludan cada que se cruzan con nosotros. También vemos como un adulto mayor se acerca a saludar a la persona que está en condición de postrada. Se nota un espíritu de agrado en los adultos mayores mientras realizan sus actividades. La administradora, nos muestra cada espacio de la casa, cómo están distribuidos los cuartos, la cocina, el patio y nos indica que es un espacio muy agradable para los adultos mayores.

Luego del recorrido, agradecemos a la administradora habernos atendido y acordamos una segunda visita para compartir con los adultos mayores durante el espacio que permiten ingreso de visita.

Esta visita se realizó en uno de los horarios habilitado para recibir visitas de familiares.

## Segunda visita – noviembre 09 de 2019

Al llegar al hogar, los adultos mayores estaban en el momento de siesta luego del almuerzo, por lo que había unos pocos en la sala viendo televisión. Preguntamos a las auxiliares si podíamos realizar una actividad con los adultos mayores y les pedimos que si era posible convocar a los demás adultos mayores para participar en la actividad de *Refranes* que teníamos preparados con mi colega. Ellas indicaron que sí se podía y empezaron a hacer la convocatoria, preguntando a los adultos mayores en sus cuartos si querían participar, animando a otros a salir de sus cuartos a participar.

Mientras se hacía la convocatoria organizamos el espacio de las mesas, ubicándolas a un lado y moviendo las sillas en forma de U. Mientras iban llegando los convocados, pudimos notar que los que estaban en el salón realizaban alguna actividad, unos leían revista o periódico, otros hablaban entre ellos, se veían ocupados, no se veían aislados o solitarios, como dos adultas mayores que se les veía juntas, una de ellas tomó la mano de la otra y expresó “ella es mi amiga”. Se percibía un espíritu de compañerismo o amistad entre los adultos mayores que compartían en la mesa o en la sala.

Con la convocatoria resultaron 15 personas interesadas en jugar en la actividad. Mi colega y yo nos presentamos e indicamos que en esta actividad íbamos a mostrarles y mencionar parte de un refrán, pero que serían los participantes quienes debieran pedir la palabra y completar el refrán, además de indicar a qué se refería el dicho. Con esta introducción se dio paso a la actividad. Pudimos ver que los adultos mayores participaban con interés en cada refrán y se pedían la palabra para explicar el refrán o complementar o debatir lo que otro había dicho. En un momento un adulto mayor que hablaba en tono bajo quería hablar, pero al no ser escuchado, fue el adulto mayor de su lado que pidió que esperáramos que su compañero quería hablar. Mi colega le dio la palabra y todos escuchamos atentos lo que quería expresar. A lo que no alcanzábamos a escuchar, su compañero de al lado lo repetía en voz alta.

Al final de la actividad se preguntó por reflexiones sobre lo que habían escuchado con los refranes, a lo que algunos respondieron que habían aprendido nuevos dichos o que había refranes que no se habían pensado qué querían decir. Luego de las expresiones de los participantes agradecimos a todos la participación y ayudamos a reorganizar el salón con las mesas como estaban.

La actividad culminó justo minutos antes de que empezara el momento de la comida de mitad de la tarde. Con lo que finalizó nuestra visita del día.