CUIDADOR INSTITUCIONAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES:

Características, Situación Actual y Redes de Apoyo

- Introducción
- Justificación
- Metodología
- Resultados
- Conclusiones

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

IVET DEL CARMEN PERNETT BOLAÑO
Grupo de Estudios Poblacionales
Dirección de Epidemiología y Demografía
Supervisora del Contrato 539 de 2013.

HERNEY ALONSO RENGIFO REINA
Líder Grupo de Estudios Poblacionales
Dirección de Epidemiología y Demografía
Comité técnico Contrato 539 de 2013

ANDREA YANIRA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
Profesional Especializada
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención
Comité técnico Contrato 539 de 2013

MAGALY BRIYITH PULIDO MURCIA
Grupo de Gestión Integral en Promoción Social
Oficina de Promoción Social
Comité técnico Contrato 539 de 2013

IVÁN ENRIQUE RAMOS CALDERÓN
Rector Universidad del Valle

ÁNGELA MARÍA FRANCO CALDERÓN
Vicerrectora de Investigaciones

JULIÁN ALBERTO HERRERA MURGUEITIO
Decano Facultad de Salud

MAURICIO PALACIOS GÓMEZ
Vicedecano de Investigaciones

FABIAN MENDEZ PAZ
Director Escuela de Salud Pública
Director Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Poblacional GESP

CONSTANZA DIAZ GRAJALES
Directora del Proyecto
Profesora Escuela de Salud Pública
Grupo de Investigación Sistemas y Servicios de Salud
Comité técnico Contrato 539 de 2013

MARIA TERESA CALZADA GUTIERREZ
Coordinadora Protocolo Características de los Cuidadores de Personas Mayores
Contrato 539 de 2013
Grupo de Investigación Gerontología y Geriatría

ELSA PATRICIA MUÑOZ LAVERDE
Coordinadora Protocolo Características de la Atención en Salud de Personas Mayores.
Septiembre – Noviembre de 2013
Contrato 539 de 2013
Grupo de Investigación Sistemas y Servicios de Salud

YAMILETH ORTIZ GOMEZ
Coordinadora Protocolo Características de la Atención en Salud de Personas Mayores
Noviembre de 2013 – Enero de 2014
Contrato 539 de 2013

Director del proyecto

Constanza Díaz Grajales, Enf. Esp. GSS,MSP.

Coordinador Protocolo No 1

María Teresa Calzada Gutiérrez, OD, EspGeron, Est Mg Geron.

Profesionales de investigación

William Díaz Henao, Fonoaudiólogo, MSP (C)

Sandra Valencia Almonacid, Estadística.

Leonardo Valencia Echeverry, Antropólogo.

Profesionales de Campo

Dalila Añasco Guevara, Gerontóloga.

Celina Casquete Rosas, Estudiante de Sociología.

Diego Fernando Garzón Penilla, Gerontólogo.

Mónica Alexandra Gonzales, Psicóloga.

Ismael Orozco Mena, Gerontólogo.

Ana Cristina Pinta Rodríguez, Socióloga.

Adriana Posso Millán, Gerontóloga.

Johana Vargas Canizales, Psicóloga.

María de los Ángeles Vidarte, Gerontóloga.

Personal de Apoyo Técnico y Logístico

Ingrid Alejandra Medina, Profesional en Contaduría

Natalia David Chilito, Estudiante de Trabajo Social.

Vivian Andrea Ladino Mosquera, Candidata a grado Trabajadora Social.

Marlon Andrés Lasso Ortega, Estudiante de Sociología.

Diana Patricia Valdés Zambrano, Estudiante de Sociología.

Mabel Andrea Zabala Pérez, Economista y Estadística.

Servicios Académicos, Científicos y Tecnológicos. SAS. **SEACIT**

Diagramación e Impresiones. **ATOCHA**

Grupos de Investigación

Grupo Epidemiología y Salud Poblacional

Grupo de Gerontología y Geriatría

Facultad de Salud, Universidad del Valle

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION 11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15
3. REFERENTE TEORICO 18
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 28
4.1 Formulación 28
4.2 Preguntas de Investigación 28
5. OBJETIVOS 29
5.1 Objetivo general 29
5.2 Objetivos específicos 29
6. METODOLOGÍA 30
6.1 Generalidades 30
6.2 Método 31
6.3 Fuentes de información 32
6.4 Técnicas e instrumentos 34
6.4.1 Encuesta: Caracterización las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores desde el punto de vista laboral, socioeconómico y demográfico. 34
6.4.2 Entrevistas y grupo focal: Indagación las percepciones sobre la experiencia de cuidado de las personas cuidadoras institucionales y de las personas adultas mayores sujetos de cuidado institucional 49
6.4.3 Búsqueda documental: Descripción de la información de programas de formación para personas cuidadoras. 62
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS 65
8. RESULTADOS 67
8.1. Caracterización laboral, demográfica y socioeconómica de las personas cuidadoras institucionales 67
8.2. Percepción de los personas cuidadoras institucionales 92
8.3. Descripción de la información de programas de formación para personas cuidadoras .. 136
8.4. Análisis por categorías (Triangulación) 141
9. DISCUSIÓN 151
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 157
11. BIBLIOGRAFIA 159

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA ABORDAR EL DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES 18
GRAFICO 2. MUNDOS DE PERCEPCIÓN 49
GRAFICO 3. EXPERIENCIA DEL CUIDADO INSTITUCIONAL 51
GRAFICO 4. PROCESO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVO 51
GRAFICO 5. MODELO BÁSICO DE ANÁLISIS DESCRIPTIVO 56
GRAFICO 6. PERCEPCIONES Y REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUIDADO 60
GRAFICO 7. PROCEDIMIENTO INFERENCIAL. 61
GRAFICO 8. SEXO 68
GRAFICO 9. RANGOS DE EDAD 69
GRAFICO 10. ESTADO CIVIL 70
GRAFICO 11. ESTRATO SOCIOECONÓMICO 71
GRAFICO 12. PERSONAS CUIDADORAS QUE TIENE EL ROL DE JEFE DEL HOGAR 72
GRAFICO 13. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 73
GRAFICO 14. PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES CON AFILIACIÓN AFP, ARL Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR 74
GRAFICO 15. TIPO DE VIVIENDA 75
GRAFICO 16. CLASE DE VIVIENDA 75
GRAFICO 17. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES 78
GRAFICO 18. ACTUAL ASISTENCIA A PROGRAMAS DE EDUCACIÓN FORMAL POR PARTE DE LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES 79
GRAFICO 19. BÚSQUEDA DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN ORIENTADOS AL CUIDADO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES 80
GRAFICO 20. TIPO DE VINCULACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS A LAS INSTITUCIONES 81
GRAFICO 21. PERSONAS CONTRATADAS EN LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO 82
GRAFICO 22. MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN LAS PERSONAS CUIDADORAS PARA DESPLAZARSE A SUS LUGARES DE TRABAJO 83
GRAFICO 23. INGRESO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES POR REALIZAR LAS LABORES DE CUIDADO 85
GRAFICO 24. DIFICULTADES FÍSICAS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS 86
GRAFICO 25. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS SOCIALES 89
GRAFICO 26. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS QUE ABORDEN EL TEMA DE CUIDADO A PERSONAS ADULTAS MAYORES 90
GRAFICO 27. PERSONAS CUIDADORAS A QUIENES LES HAN FALLECIDO PERSONAS A CARGO 91
GRAFICO 28. PRÁCTICAS SOCIALES DEL CUIDADO 94
GRAFICO 29. PRÁCTICAS DEL CUIDADO – DESCRIPCIÓN DE TRABAJO DE CAMPO 95
GRAFICO 30. GRADOS DE DEPENDENCIA 99

GRAFICO 31. SOBRECARGA LABORAL 100
GRAFICO 32. INSTITUCIONES SIN APOYO GUBERNAMENTAL 108
GRAFICO 33. RED IDEAL 115
GRAFICO 34. PROPUESTA DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES 116
GRAFICO 35. RESUMEN DE PERCEPCIONES DE REDES DE APOYO 118
GRAFICO 36. CICLO DE SOBRECARGA LABORAL DEL CUIDADOR 126
GRAFICO 37. ABANDONO U OLVIDO. 128
GRAFICO 38. PERCEPCIÓN DE APOYO 146
GRAFICO 39. APOYO A LA PERSONA ADULTA MAYOR 148

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. RELACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. 32
TABLA 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA – IDENTIFICACIÓN 35
TABLA 3. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA - CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA Y HOGAR 36
TABLA 4 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA – EDUCACIÓN. 37
TABLA 5. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA – EMPLEO Y CONDICIONES DE TRABAJO. 38
TABLA 6. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA – CONDICIONES DE DISCAPACIDAD 39
TABLA 7. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA – CAPITAL SOCIAL 40
TABLA 8. TAMAÑOS DE MUESTRA ESTIMADOS POR CIUDAD 44
TABLA 9. CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS APRIORÍSTICAS. 52
TABLA 10. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO 137
TABLA 11. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR 138
TABLA 12. RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y RED SOCIAL 147

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. RELACIÓN DEL NÚMERO DE INSTITUCIONES VINCULADAS EN EL TRABAJO DE CAMPO 67
CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA VIVIENDA DONDE RESIDEN LAS PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES 76
CUADRO 3. NIVEL DE INTERFERENCIA DE LAS DIFICULTADES FÍSICAS 87
CUADRO 4. APARATOS PROTÉSICOS 88
CUADRO 5. NÚMERO DE TÉCNICAS CUALITATIVAS REALIZADAS 92
CUADRO 6. PERCEPCIONES SOBRE APOYO Y CONCEPTUALIZACIONES 105

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento Cuantitativo

Anexo 2. Plan Operativo Cuantitativo

Anexo 3. Plan Operativo e instrumento cualitativo

Anexo 4. Fuente Información

Anexo 5. Acta CT_3_071013 Cuidador Familiar

Anexo 6. Ficha de caracterización de programas de formación de personas cuidadoras

Anexo 7. Acta CT_4_101013 Programas de Formación

Anexo 8. CI Encuesta a Cuidador

Anexo 9. CI Entrevista a Cuidador

Anexo 10. CI Entrevista a Persona mayor

Anexo 11. CI Entrevista Director

Anexo 12. Consolidado caracterización

Anexo 13. Esquemas triangulación Técnicas Cualitativas y Cuantitativas

1. INTRODUCCION

Envejecer trae consigo modificaciones globales al impactar distintos aspectos sociales, económicos, de salud y de las condiciones de vida de una población Según OPS, los riesgos de la transición demográfica y el fenómeno del envejecimiento poblacional en Latinoamérica, provendrán de una alta urbanización, hogares más pequeños, múltiples modalidades familiares y predominio de enfermedades crónicas y degenerativas y la dependencia hacia la necesidad de cuidado.

Daly y Lewis, definen el cuidado como el conjunto de "actividades que se realizan y las relaciones que se entablan para satisfacer las necesidades materiales y emocionales de niños, niñas y adultos" (DANE, 2013). Sobre esto, Esquivel refiere que "Estrictamente, hacen énfasis en el cuidado de niños, niñas y adultos dependientes. Sin embargo, no es necesario restringir la recepción de cuidados a la situación de dependencia, ni su provisión se iguala a la completa autonomía" (Esquivel, 2011). Este marco conceptual permite establecer una dimensión material del cuidado sin perder de vista que también es una dimensión crucial del bienestar de la persona objeto de cuidado.

El concepto de discapacidad, ha sido influenciado de gran manera por el modelo social de modo que se ha ido asociando cada vez más a las barreras del entorno y no sólo a las características físicas de la persona. Al tratar el tema de discapacidad es necesario también hablar de funcionalidad, en este sentido, la capacidad funcional de acuerdo al modelo de Envejecimiento Activo de la OMS (2002), disminuye progresivamente con la edad, aunque no necesariamente en una relación lineal ya que el deterioro está determinado por exposiciones a lo largo de la vida que afectan la salud, por ejemplo, modos de vida no saludables, factores ambientales, etc.

La dependencia, según la recomendación del Consejo de Europa aprobada en septiembre de 1998, establece que tiene tres características inherentes:

1. La limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades de las personas.

2. La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.
3. La incapacidad para realizar las generalmente denominadas Actividades de la Vida Diaria

De acuerdo con lo anterior, se deriva la necesidad de cuidado cuya demanda se relaciona con el nivel de dependencia de la persona; en este sentido el cuidado es considerado como una acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Huenchuan, 2009).

Cuidados y cuidadores son términos muy usados en el lenguaje diario de profesionales y legos al referirse a adultos mayores. Sin embargo, la bibliografía específica sobre estos dos importantes conceptos es escasa, general y muy dispersa. Cuidar a adultos mayores implica la ejecución planificada de acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud, cuyo propósito último es estimular la autonomía, la independencia y mejorar la salud y la calidad de vida de los mayores en sus hogares, comunidades, centros hospitalarios y de larga estancia, y la de sus familias (Quintero, 2011)

En la legislación colombiana se encuentra una extensa normatividad que enmarca las competencias, obligaciones y orientaciones para las instituciones, para los servicios y para las personas que se encargan del cuidado de personas adultas mayores y de cuyo cumplimiento depende el otorgamiento de licencias de funcionamiento institucional, dicha normatividad también tiene como objeto promover los planes de mejoramiento, para fortalecer y actualizar los sistemas de información de orden local o nacional y finalmente impactar la calidad de vida de las personas adultas mayores en el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, PNEV 2007 – 2019 – Eje de Protección Social Integral – Líneas Estratégicas de Seguridad Social en Salud – y de Promoción y Asistencia Social.

La relación documental de la normatividad colombiana está disponible en el *marco teórico* del protocolo de esta investigación. (Tabla 1 – Referente normativo y político).

En este documento se presentan los resultados del estudio desarrollado por la Universidad del Valle según convenio interadministrativo No 539 de 2013 con el Ministerio de Salud y Protección Social, para la "Caracterización de los personas cuidadoras institucionales [1] de personas mayores [2] y de la atención en salud a las personas mayores de 60 años según eventos trazadores, Colombia 2013".

> *"El documento que se presenta a continuación hace referencia al termino de personas cuidadoras con el objetivo de incluir a mujeres y hombres que realizan actividades de cuidado y garantizando así un análisis con enfoque de género que permita, no solo reconocer que el cuidado se encuentra fuertemente ligado a la identidad de género y a los roles que son asignados socialmente a hombres y mujeres, sino también, identificar los efectos que el cuidado genera de manera diferencial en éstos. Lo anterior teniendo en cuenta el consenso de Brasilia – resultado de la 11 Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina – en el cual se estableció que "el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado". "Esta recomendación se hace en armonía, entre otros con conceptos de la Comisión Económica para América Latina - CEPAL 2010 y Esquivel, Valeria, 2013: "el cuidado en los hogares y las comunidades".* ***Informe de investigación de OXFAM, octubre 2013.***

En el marco del convenio mencionado, para este diagnóstico situacional se propusieron tres objetos de conocimiento, el perfil sociodemográfico de los trabajadores denominados como personas cuidadoras institucionales, las percepciones sobre la experiencia de

[1] Por memorando de la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social se establece para este estudio la denominación de Persona Cuidadora Institucional y no Cuidador Institucional, para ser consecuentes con las directrices actuales en el Ministerio para dar cumplimiento en el proceso de transversalización del enfoque de género.

[2] Por memorando de la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social se establece para este estudio la denominación de Persona Adulta Mayor y no Persona Mayor como se encuentra en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007 – 2019 para las personas de 60 y más años por que "actualmente, surge una nueva denominación con respeto a la población mayor de los 60 años propendiendo por la garantía de los Derechos Humanos, la humanización de los conceptos, un enfoque diferencial y una perspectiva de género" .

cuidado institucional en cuatro grandes ciudades del país, Bogotá, D.C., Medellín, Barranquilla y Cali, y la oferta de programas académicos en el país de formación sobre el cuidado de las personas mayores.

El estudio se desarrolló bajo el enfoque de complementariedad metodológica con técnicas cuantitativas y cualitativas; como resultado de este ejercicio se obtuvo el perfil sociodemográfico que abarca variables de educación, empleo, discapacidad y redes de apoyo, además, la descripción de la percepción sobre la experiencia del cuidado institucional leída desde tres actores: la persona cuidadora institucional, la persona adulta mayor objeto de cuidado e institucionalizada y el director de la institución. Referente a formación, se abarco mediante la búsqueda documental a través de diferentes fuentes de información institucional. El resultado reflejado en este trabajo es un inventario actualizado sobre los programas activos y no activos, enmarcados en la educación para el trabajo y el desarrollo humano y sobre los programas de educación superior.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional es un proceso que plantea enormes retos a la familia, la sociedad y el Estado por el carácter multidimensional que lo caracteriza; sus consecuencias a mediano y largo plazo sugieren la inminente necesidad de anticipar medidas de política que impacten a la persona adulta mayor, su entorno físico, social, económico y cultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en la región de las Américas en el año 2020 se duplicará el número de adultos mayores de 60 años en relación con los 100 millones existentes en 2006.

En Colombia, al igual que en otros países de la región latinoamericana, es evidente el fenómeno de envejecimiento poblacional. El país se encuentra en un proceso de transición demográfica según se evidencia en el último censo nacional (2005). Las cifras correspondientes al grupo de personas mayores (60 años o más) superaron las expectativas de las proyecciones logísticas, según el DANE, registrando que se espera un incremento continuado de este fenómeno especialmente de la franja de los mayores de 80 años. El Índice de Envejecimiento en Colombia (IE) ha venido aumentando desde 1951, pasando de 12% a 34% en el año 2010 y con un estimación de 54% para el año 2025.

En un escenario caracterizado por una existencia prolongada se prevé el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes que derivan en el aumento de la necesidad de cuidados de largo plazo (PAHO, 2012), esta situación, aunada a las escasas mejoras en las condiciones de vida de la población, incrementa la probabilidad de sufrir algún tipo de dependencia con la edad, que demandará la necesidad de recibir ayuda o apoyo de otros, especialmente en las actividades de la vida diaria. La necesidad de cuidado de las personas adultas mayores surge como consecuencia de la pérdida de autonomía para realizar las actividades funcionales de la vida diaria, esta pérdida puede ser secundaria a la disminución progresiva de la capacidad funcional o a la presencia de discapacidades.

La familia es el principal proveedor de cuidados a las personas adultas mayores. Dentro de este ámbito han sido las mujeres quienes han asumido esta tarea, en un principio las de edad mediana, y cada vez con mayor frecuencia las de edad más avanzada. Las diferencias de género no sólo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de personas cuidadoras, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención básicos e instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia

Aunque la vejez no debe ser asociada directamente con la presencia de discapacidad, el deterioro asociado al proceso de envejecimiento en algunos individuos obliga a pensar en la forma en que las personas cuidadoras están dando respuesta a las necesidades de cuidado de la persona a su cargo, además de considerar las consecuencias que para la salud física, emocional y social de las personas que cuidan puede significar el enfrentarse al cuidado de una persona dependiente sin el conocimiento, guía y apoyo necesarios.

El tema de los personas cuidadoras de personas adultas mayores cobra más fuerza cuando se evidencia que la asistencia del Estado no es suficiente para dar respuesta a las necesidades de atención o supervisión de las personas adultas mayores con limitación en las actividades de la vida diaria, los problemas de cobertura en protección social y la carencia de programas de atención acordes a las características y necesidades de las personas adultas mayores se constituyen en enormes vacíos que obligan a las redes de apoyo a asumir responsabilidades que a veces exceden su capacidad de respuesta. En este marco, las recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento Madrid (2002) y la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Madrid (2003) enfatizan la necesidad de contar con sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social para las personas mayores como uno de los objetivos para la creación de un entorno favorable y propicio para el envejecimiento y la vejez.

Los avances en el tema de personas cuidadoras en países desarrollados son significativos precisamente por los altos índices de envejecimiento de la población, las experiencias de Inglaterra y España documentadas recientemente, dan cuenta de los

avances en políticas de atención a la dependencia que integran el aporte de los centros día, la capacitación a personas cuidadoras informales, la tele-asistencia y, en general, los servicios de acompañamiento (Department of Health, 2008) (HM Government, 2008, 2010, 2012) (Inmerso, 2013). En Colombia los avances en este tema han sido desarrollados de manera segmentada según la enfermedad que origina la dependencia.

Se aprecia entonces la relevancia del rol del cuidador como actor fundamental en las acciones de política y programas de atención a la discapacidad generada por la dependencia en personas adultas mayores, con miras a mantener, proteger e incrementar las redes de personas cuidadoras institucionales y familiares. La urgencia de abordar este tema en el país parte de reconocer que la población está envejeciendo a un ritmo acelerado y no en las mejores condiciones de vida, además de considerar las inminentes transformaciones de los sistemas de atención en salud y de la familia como principal fuente de apoyo en el cuidado, este escenario reitera la necesidad de fortalecer las redes de personas cuidadoras como estrategia para el logro de una mejor calidad de vida en la vejez.

Por tal motivo, el presente estudio busca realizar exclusivamente el diagnostico situacional de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores en Colombia. El proyecto formulado permitirá conocer las características desde el punto de vista institucional, socioeconómico y demográfico de las personas cuidadoras institucionales, así como las apreciaciones sobre la experiencia de cuidado tanto en ellos como en personas adultas mayores receptoras del cuidado institucional de las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Barranquilla y Cali. También, el estudio describirá la oferta de los programas académicos dirigidos hacia esta población y proveerá insumos para poner en la agenda pública el problema y tener en cuenta los aspectos de bienestar y salud de esta población en el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007 – 2019.

3. REFERENTE TEORICO

Para el desarrollo de esta investigación, se definieron como categorías de análisis elementos directamente relacionados con el quehacer de la persona cuidadora: la práctica de cuidado, las condiciones de empleo, la formación y/o capacitación para el desempeño y las redes de apoyo para abordar el diagnostico situacional en cuatro ciudades de Colombia.

Grafico 1. Categorías de análisis para abordar el diagnostico situacional de las personas cuidadoras institucionales

Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo".

Cuidar a adultos mayores implica la ejecución planificada de acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud, cuyo propósito último es estimular la

autonomía, la independencia y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores en sus hogares, comunidades, centros hospitalarios y de larga estancia, y la de sus familias (Quintero, 2011)

Al tratar el tema de discapacidad es necesario también hablar de funcionalidad, en este sentido, la capacidad funcional de acuerdo al modelo de Envejecimiento Activo de la OMS (2002), disminuye progresivamente con la edad, aunque no necesariamente en una relación lineal ya que el deterioro está determinado por exposiciones a lo largo de la vida que afectan la salud, por ejemplo, modos de vida no saludables, factores ambientales, etc. Por lo anterior la funcionalidad debe tener una mirada desde los determinantes personales y sociales. De esta forma envejecer puede significar el disfrute de una vida longeva, pero también exponerse a factores de riesgo que se asocian a padecimientos crónicos y degenerativos que implican fragilidad, discapacidad funcional y puede que dependencia.

La dependencia se define, según la recomendación del Consejo de Europa, aprobada en septiembre de 1998, como "*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*" (Garcia, 2010)(Semfyc, 2007). De esta forma, el fundamento de la definición de dependencia se encuentra en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y en las que, por lo tanto, necesita algún tipo de ayuda (Garcia, 2010).

La valoración de la persona dependiente se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas Actividades de la Vida Diaria (AVD). Aunque el listado de actividades puede ser muy amplio, usualmente se utiliza el concepto de "actividades de la vida diaria", que son aquéllas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Aunque son múltiples las formas en que los diversos autores han definido y clasificado estas actividades (Venegas, 2011)(Miralles, 2006), es habitual diferenciar tres tipos de AVD:

a. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son aquellas relacionadas con la capacidad que posee un individuo para subsistir sin la ayuda de nadie o de manera independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo durante la noche, comer, etc.) y de funcionamiento básico físico (moverse con libertad, estar de pie, levantarse, acostarse, cambiar y mantener posturas, así como poder desplazarse en su entorno—,) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, comprender órdenes y poder ejecutar tareas sencillas) (García, 2010)(Semfyc, 2007).

b. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD en las que es necesaria una autonomía personal superior. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (lavar los platos, tender la cama, etc.), pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras (García, 2010)(Semfyc, 2007).

c. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales. Revelan un elevado nivel de funcionalidad física. Estas abarcan actividades físicas: ejercicios intensos, trabajos; actividades sociales: aficiones, viajes, participación social, etc. (Semfyc, 2007)

De acuerdo con lo anterior, dependiente es quien necesita ayuda de otros para desarrollar algunas actividades consideradas de vida diaria. La necesidad de cuidado de las personas adultas mayores surge como consecuencia de la pérdida de autonomía para realizar las actividades funcionales de la vida diaria, esta pérdida

puede ser secundaria a la disminución progresiva de la capacidad funcional o a la presencia de discapacidades. Aunque el tema de la necesidad de cuidado en las personas adultas mayores siempre ha existido, es hasta mediados del siglo XX cuando toma lugar el reconocimiento por el modo en que se da respuesta a esta necesidad, los países desarrollados empiezan a dimensionar el impacto de las dependencias sobre los sistemas de cuidado hasta el punto de catalogarlo como un riesgo social.

Investigaciones realizadas en España evidencian que la mayor necesidad de cuidado de las personas adultas mayores tiene que ver con la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (Semfyc, 2009); en Colombia el tema de la necesidad de cuidado de las personas adultas mayores ha sido escasamente abordado, las estadísticas de Envejecimiento Demográfico del 2013 dan cuenta de las diferencias en Razón de Dependencia por departamentos en personas mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), también el DANE en su *Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad* (DANE, 2010) muestra que la población de 60 años y más es la que presenta más dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas (el listado incluye Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)). En este estudio también se encuentra que la población de 60 años y más tiende a participar con mayor frecuencia en actividades con la familia, actividades religiosas o espirituales y actividades con la comunidad dejando de lado por mucho las actividades de educación, de producción y las actividades culturales, deportivas o de recreación. El registro del DANE también indica que la actividad principal realizada en los últimos seis meses por la población de 60 años y más fue estar incapacitado permanente para trabajar - sin pensión. Por otro lado, según hallazgos derivados de las ENDS de 1990 y de 2010, la proporción de población con 65 años y más aumentó de 5 a 7 por ciento en Colombia entre esos años. En la ENDS 2010 los mayores de 60 años representan el 10 por ciento de la población y los mayores de 65 años un 7 por ciento, proporciones similares a las de las últimas proyecciones del DANE para el mismo año: 9.8 y 6.7 por ciento, respectivamente.

- **Redes de apoyo a personas adultas mayores**

La preocupación por estudiar las redes de apoyo social de las personas adultas mayores se fundamenta además de la estrecha relación entre los apoyos sociales y la calidad de vida de estas personas, en las actuales características demográficas y socioeconómicas del contexto del envejecimiento en el que la familia y las redes sociales de la comunidad asumen gran parte del cuidado de las personas en situación de dependencia como consecuencia de los vacíos estatales e institucionales para responder a las demandas de cuidado de esta población.

CELADE (2003) menciona que las redes de apoyo social se constituyen como una "práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto", en el caso de las personas adultas mayores los estudios establecen que las redes de apoyo social constituyen una enorme significación para su calidad de vida, no solo por el apoyo material e instrumental sino también por el enorme apoyo emocional que brindan (Guzmán, 2003).

Las fuentes proveedoras de apoyo en la vejez son, el *sistema formal* de apoyo que posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas y el *sistema informal* que está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

En Colombia el CENSO general de 2005 encontró que las personas mayores de 65 años conviven en un 98.8% con sus familias y que la mayoría de los personas adultas mayores vive en hogares multigeneracionales (53%), lo cual avala lo enunciado por la CEPAL (2011), sobre que la familia sigue siendo el principal ente cuidador de la persona adulta mayor (Sojo, 2011).

En cuanto al tipo de apoyo que proveen estas fuentes se documentan:

- Apoyo Emocional, relacionado con el cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc.
- Apoyo Instrumental, relacionado con el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.
- Apoyo Material, implica recursos monetarios de dinero, remesas, regalos y no monetarios como comidas, ropa, pago de servicios.
- Apoyo Cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, la transmisión de información, dar consejos que permiten entender una situación, etc.

- **Tipo de persona cuidadora**

En el estudio de las personas cuidadoras como fuente de apoyo de las personas adultas mayores la literatura precisa dos tipos de personas cuidadoras:

Persona Cuidadora Familiar: Se denomina persona cuidadora familiar cualquier persona que en el hogar supervisa y apoya la realización de las AVD para compensar la necesidad de asistencia de una persona adulta mayor. Puede tener un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido con algún grado de dependencia. Esta persona cuidadora participa en la toma de decisiones. Debe entenderse por aquel que se propicia en el entorno familiar y por una(s) persona(s) de este grupo (García, 2010)(De los Reyes, 2001).

Persona Cuidadora Institucional: entendido como aquéllas personas con o sin capacitación (cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia) que supervisan, apoyan la realización de las AVD y brindan atención preventiva asistencial y educativa a la persona adulta mayor y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hospital de día, centros de jubilados y residencias geriátricas; su intervención genera un costo y un tiempo de dedicación especifico (García, 2010) (Delos Reyes, 2001).

- **Formación a personas cuidadoras**

Diversas investigaciones en Colombia describen en el perfil de la persona cuidadora familiar el nivel de estudios, que de manera habitual se encuentra como primaria y secundaria completa e incompleta (Giraldo, 2005) (Cardona Arango, 2011) (Montalvo, 2008). Generalmente, las personas cuidadoras familiares no poseen formación en cuanto a cuidados básicos generales, ni de los procesos patológicos de las personas adultas mayores a las que cuidan, siendo esta formación muy importante para asegurar la prestación de cuidados con calidad, ya que estos afectan la salud de la persona cuidada y a la de la persona cuidadora misma.

De acuerdo con lo enunciado en el Libro Blanco de la dependencia, la formación que las personas cuidadoras familiares deben recibir ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad de estos con la persona adulta mayor en situación de dependencia. Por ello, es necesario difundir programas de formación e información que incorporen buenas prácticas para poder proveer mejores cuidados (IMSERSO, 2005).

Para todos los ciudadanos colombianos, la CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, en el TITULO II: De los derechos, las garantías y los deberes, - CAPITULO II: De los derechos económicos, sociales y culturales, - establece:

Articulo 67.- *Derecho a la educación*
La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura.
La educación formara al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente.

En Colombia la educación formal básica y media se organiza en tres niveles:
El preescolar, que comprenderá mínimo un grado obligatorio. La educación básica, con una duración de nueve grados que se desarrollará en dos ciclos (la educación básica

primaria de cinco grados y la educación básica secundaria de cuatro grados) y la educación media con una duración de dos grados. (Mineducación, 2014)

El Derecho a la Educación tiene 4 característica esenciales:

- **Disponibilidad**: Debe haber escuelas o instituciones educativas que cubran la totalidad de la población.
- **Aceptabilidad**: Los programas de estudio tienen que ser adecuados culturalmente y de buena calidad, aceptables por los titulares del derecho: alumnos y padres.
- **Adaptabilidad**: Esto significa que los programas deben adecuarse a los cambios de la sociedad.
- **Accesibilidad**: No se puede prohibir el acceso a la educación ya sea por color de piel o religión que ejerza o por razones culturales o físicas.

En Colombia la formación para el cuidado de las personas adultas mayores se ofrece en dos niveles:

- Formación para el trabajo: A cargo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y otras instituciones. Quienes forman técnicos laborales con el fin de fortalecer el talento humano específico y requerido actualmente en Colombia para asistir y brindar acompañamiento a las personas adultas mayores en las actividades de la vida diaria (AVD). Estos programas de formación ofrecen diseños curriculares integrales, con el desarrollo de competencias como la de atender las actividades básicas de la vida diaria de la persona adulta mayor asistida; realizar acciones orientadas al mantenimiento y conservación de la salud; promover actividades que fomenten las habilidades sociales y ocupacionales del asistido según el estilo y condición de vida; ofrecer apoyo espiritual y emocional respetando contexto, creencias y valores relacionados.
- Educación superior: La formación superior en gerontología se ofrece por diferentes instituciones de educación superior en los niveles de formación tecnológico, universitario, especialización y maestría.

En el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, PNEV 2007 – 2019, las líneas de acción correspondientes a la Formación del Talento Humano e Investigación (Eje 4), plantean:

- Conformar la Red Nacional de Gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez
- Desarrollo de planes de formación de recursos humanos en gerontología y geriatría a nivel de los currículos de pregrado en las áreas de la salud y en la formación en el nivel de postgrado.
- Formación de recurso humano técnico y auxiliar orientado al manejo de población adulta mayor, dependiente, con enfermedad mental o con algún tipo de discapacidad permanente.
- Formación de promotores de envejecimiento activo, con énfasis en actividad física.
- Revisión de contenidos curriculares en los programas de formación básica a fin de incorporar conocimientos sobre envejecimiento activo, promoción del mantenimiento de la autonomía de las personas mayores, formas de abordaje de las personas mayores y modelo de atención primaria, entre otros.
- Incorporación en el currículo de formación básica desarrollo de competencias para un envejecimiento activo, respeto y protección para las personas mayores y superación de los estereotipos de la vejez.
- Unificar los currículos de pregrado de gerontología y definir las competencias y alcances de los gerontólogos.
- Desarrollo de estrategias de capacitación, soporte social y afectivo, dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores.
- Incorporación en el currículo de educación básica contenidos educativos y desarrollo de capacidades sobre ciclo vital y envejecimiento a nivel individual, familiar y comunitario.
- Diseño y ejecución de un programa de servicio social obligatorio para los estudiantes de educación media en programas especiales de acompañamiento, valoración e intercambio positivo con personas mayores.

De esta forma se propusieron las siguientes metas.

- En el currículo de formación básica incorporar contenidos de envejecimiento, para el 2010
- Aumento del 15% de cupos de formación de geriatras y gerontólogos en el país para el 2019
- Currículo para la formación de auxiliares para el manejo de la persona mayor con demencia, discapacidad y condiciones de dependencia, diseñado y aprobado para el 2010.
- Contenidos curriculares de formación básica para el desarrollo de competencias para un envejecimiento activo, respeto y Protección para las personas mayores, incorporados en el plan de estudio a partir del 2010.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

4.1 Formulación

¿Cuál es la situación actual de las personas cuidadoras de personas adultas mayores en instituciones de atención en Colombia (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla)?

4.2 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las características socioeconómicas y demográficas de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores en Colombia (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla)?

2. ¿Cómo caracterizar las personas cuidadoras familiares en Colombia (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla)?

3. ¿Cuáles son las percepciones sobre la labor de cuidado de personas adultas mayores, tanto de la persona cuidadora institucional como de la persona adulta mayor receptora de cuidado?

4. ¿Cómo son los programas de formación dirigidos a personas cuidadoras existentes en el país?

5. ¿Cuánto es el déficit de formación desde la caracterización de personas cuidadoras institucionales?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Investigar sobre la situación actual de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores en Colombia (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) en el año 2013.

5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las personas cuidadoras institucionales de adultos mayores desde el punto de vista laboral, socioeconómico y demográfico.

2. Diseñar un módulo anexo a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento - SABE Colombia para recolectar la información de las características de las personas cuidadora familiares.

3. Indagar las percepciones sobre la experiencia de cuidado de las personas cuidadoras institucionales y de las personas adultas mayores sujetos de cuidado institucional.

4. Describir la oferta de programas de formación a personas cuidadoras.

5. Establecer el déficit de formación de personas cuidadoras

6. METODOLOGÍA

6.1 Generalidades

La selección de la zona urbana de cuatro ciudades principales del país, Bogotá D.C. – Medellín - Barranquilla y Cali, se estableció por acuerdos con el comité técnico del proyecto sobre el criterio de ser las ciudades con mayor número de registros de instituciones de cuidado a las personas adultas mayores en la base de datos suministrada por el MSPS descartando así otros criterios como porcentaje de población mayor de 60 años o porcentaje de población en situación de discapacidad en el país. Para ciudades pequeñas los registros en la BD mencionada son muy limitados e incluso inexistentes.

La documentación disponible sobre instituciones que brindan servicios a las personas adultas mayores en Colombia incluyen instituciones públicas, privadas, confesionales, religiosas, ONG's y otras, pero para el desarrollo de este estudio, se establece como criterio de selección la Ley 1315 de 2009, que "*busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social".* Con base en esto, establece las condiciones mínimas para los **Centros de protección social para el adulto mayor** (Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores) y para los **Centros de promoción para adulto mayor** (Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas).

Las personas cuidadoras institucionales, se establecieron como aquellas personas, capacitadas o no, que supervisan o apoyan las actividades de la vida diaria a las personas adultas mayores en las instituciones, su intervención genera un costo y un tiempo de dedicación específico.

6.2 Método

Haciendo una revisión metodológica del desarrollo del estudio se hace necesario plantear una visión desde las categorías de análisis descritas en el referente teórico para direccionar las técnicas de investigación derivadas de los objetivos del estudio: Encuesta, entrevista, grupo focal y búsqueda documental. A continuación se enuncia el alcance del estudio según las categorías de análisis:

- Describir la situación actual de las **prácticas de cuidado** a personas adultas mayores desde la percepción de las personas cuidadoras institucionales.

- Identificar las condiciones de **trabajo y empleo** en las instituciones de cuidado a personas adultas mayores desde la percepción de las personas cuidadoras.

- Establecer las áreas y niveles de **formación** de las personas que realizan la labor de cuidado a personas adultas mayores en instituciones.

- Indagar sobre la existencia de **redes de apoyo** a la labor de cuidado a personas adultas mayores desde la percepción de las personas cuidadoras institucionales.

Para la recolección de la información que llevó a realizar el diagnostico situacional de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores en cuatro ciudades de Colombia, se realizó un estudio transversal descriptivo a través de la complementariedad metodológica de técnicas cuantitativas como la ficha sociodemográfica y técnicas cualitativas como las entrevistas semiestructurada, grupos focales y búsqueda documental, citando a Okuda y Gómez (2005) al utilizar en la triangulación diferentes métodos se busca analizar un mismo fenómeno a través de diversos acercamientos. Esto permite una mejor aproximación al objeto de estudio, que en este caso corresponde a la situación actual de la persona cuidadora institucional a través de las prácticas de cuidado, el empleo y las condiciones de trabajo, la formación y las redes de apoyo a la labor del cuidado. La relación de las técnicas empleadas se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Relación de categorías de análisis, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Categorías	Técnicas	Instrumentos
Prácticas de cuidado.	Encuesta Entrevista Grupo focal	• Ficha sociodemográfica • Guía entrevista semiestructurada cuidador • Guía entrevista semiestructurada adulto mayor cuidado • Guía entrevista semiestructurada directivos de institución para persona mayor • Guía grupo Focal personas cuidadoras.
Empleo y condiciones de trabajo	Encuesta Entrevista Grupo focal	• Ficha sociodemográfica • Guía entrevista semiestructurada cuidador • Guía entrevista semiestructurada adulto mayor cuidado • Guía entrevista semiestructurada directivos de institución para persona mayor • Guía grupo Focal personas cuidadoras.
Formación de personas cuidadoras.	Encuesta Revisión documental	• Ficha sociodemográfica • Ficha de recolección documental

Los instructivos y procedimientos operativos estandarizados (POE), se elaboraron para aplicar en el trabajo de campo los lineamientos metodológicos aquí descritos, de manera que se minimice la posibilidad de sesgos del encuestador y del entrevistado en los procesos de recolección de los datos. (Anexos 1, 2 y 3).

6.3 Fuentes de información

En el ejercicio de recolección de información se contactaron en las Alcaldías y en las Secretarias de Salud Municipal de las ciudades objeto de estudio, a las dependencias de Promoción Social, las de Bienestar Social o quien ejerciera sus funciones. Los

profesionales contactados estuvieron solícitos a colaborarnos después de la entrega de comunicación oficial sobre el desarrollo del estudio.

En este proceso, se encontraron diferencias en la consolidación y manejo de bases de datos entre las cuatro ciudades incluidas en el estudio, el proceso de búsqueda y definición de fuentes de información efectuado en Cali se intentó replicar sin éxito en las otras tres ciudades, obligando a hacer un reconocimiento de los alcances y funciones de las dependencias locales involucradas en el control, vigilancia y acompañamiento de las instituciones de cuidado a personas adultas mayores según la Ley 1315 de 2009.

El cuadro diligenciado con la relación de correspondencia empleada para solicitar la información sobre las instituciones de atención a personas adultas mayores; sobre las personas que realizan el cuidado y sobre las instituciones formadoras de personas cuidadoras y de gerontología se presentan en el Anexo 4.

6.4 Técnicas e instrumentos

6.4.1 Encuesta: Caracterización las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores desde el punto de vista laboral, socioeconómico y demográfico.

Para caracterizar las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores desde el punto de vista laboral, socioeconómico y demográfico, se aplicó una ficha sociodemográfica por medio de un diseño de muestreo. Utilizando técnicas cuantitativas se recolectó información relacionada con indicadores sociales, económicos y demográficos de las personas encargadas de ayudar a las personas adultas mayores a realizar Actividades de la Vida Diaria - AVD en instituciones ubicadas en cuatro grandes ciudades del país; para la aplicación de instrumentos se tomó como referente el registro de instituciones que prestan servicio a personas adultas mayores, que consolidó el Ministerio de Salud y de Protección Social en todo el territorio nacional; en algunos casos la cantidad de instituciones fue tan reducida que la opción estadísticamente recomendada fue realizar un censo de personas cuidadoras, mientras que en otras ciudades se diseñó una muestra.

a. Instrumentos

El análisis cuantitativo se realizó a partir de una ficha sociodemográfica compuesta por seis capítulos que abordan las condiciones de trabajo, composición familiar, redes de apoyo, formación académica, expectativas de formación, nivel de ingresos y gastos, condición de discapacidad, diferencias de etnia y género, así:

1- Identificación:

Este capítulo comprende 14 preguntas de control y supervisión solicitadas a la persona cuidadora con el fin de identificarla de acuerdo con sus características personales tales como la edad, el género, sexo, de ubicación como el barrio y comuna donde vive,

familiares como la posición en su grupo familiar y sociales como el grupo étnico al cual pertenece. A continuación se detallan las variables estimadas en este capítulo.

Tabla 2. Ficha sociodemográfica – IDENTIFICACIÓN

Variable	Definición u opción de respuesta	Escala de medición
Municipio	Ente territorial en el que vive	Cualitativa-nominal
Estrato socioeconómico	Sin estrato, 1,2,3,4,5,6	Cualitativa-ordinal
Barrio	Subdivisión territorial del domicilio	Cualitativa-nominal
Comuna	1-22	Cualitativa-ordinal
Edad	Mayor de 18 años	Cuantitativa discreta
Sexo	Masculino, femenino	Cualitativa-nominal
Jefe hogar	Si, no	Cualitativa-nominal
Parentesco	Pareja, esposo, cónyuge, compañero, hijo, nieto, otro pariente, no pariente	Cualitativa-nominal
Sistema de seguridad	EPS contributiva, EPS subsidiada, fondo de pensiones, ARP, caja de compensación, otros, ninguna	Cualitativa-nominal
Estado civil	Soltero, casado, separado, viudo, divorciado, unión libre	Cualitativa-nominal
Pertenencia étnica	Si, no	Cualitativa-nominal
Tipo grupo étnico	Grupo étnico con el que se identifica	Cualitativa-nominal

2- Características de vivienda y hogar:

En esta sección está conformada por 15 variables que recogen las cuatro dimensiones que satisfacen el índice de condiciones de vida: variables que miden capital físico individual, (características de la vivienda), variables que miden capital físico colectivo (infraestructura), variables que miden capital humano individual (educación), variables de capital social básico (composición del hogar).

Tabla 3. Ficha sociodemográfica - CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA Y HOGAR

Variable	Definición u opciones de respuesta	Escala de medición
Tipo de vivienda	Casa, apartamento, cuarto en inquilinato, cuarto en otra estructura, otro tipo	Cualitativa-nominal
Situación vivienda	Arrendada, propia, familiar	Cualitativa-nominal
Material paredes	Ladrillo, prefabricado, bahareque, sin revocar, madera, guadua, zinc sin paredes	Cualitativa-nominal
Material pisos	Mármol, alfombra, baldosa, madera, cemento, tierra	Cualitativa-nominal
Servicios públicos	Energía eléctrica, gas natural, acueducto, alcantarillado, recolección basuras	Cualitativa-nominal
Ubicación riesgo	Si, no	Cualitativa-nominal
Cuartos	Numero de cuartos incluido sala o comedor sin incluir cocina	Cuantitativa-discreta
Cuartos para dormir	Numero de cuartos dispuestos normalmente para dormir	Cuantitativa-discreta
Hogares	Número de hogares encontrados en la vivienda	Cuantitativa-discreta
Personas por hogar	Número de personas que conforman el hogar	Cuantitativa-discreta
Cuartos para dormir hogar	Numero de cuartos dispuestos normalmente para dormir en el hogar	Cuantitativa-discreta
Trabajadores	Personas que laboran el hogar	Cuantitativa-discreta
Estudiantes	Personas que estudian en el hogar	Cuantitativa-discreta
Ingreso por subsidio o pensión	Ingresos no laborales percibidos	Cuantitativa-continua
Ingreso promedio mensual hogar	Ingresos totales habituales en el hogar al mes	Cuantitativa-continua

3- Educación:

Este capítulo comprende el nivel educativo alcanzado por las personas cuidadoras y si han recibido la formación adecuada para la actividad que desempeñan. Está conformada por nueve variables que se describen brevemente en la siguiente tabla.

Tabla 4 Ficha sociodemográfica – EDUCACIÓN.

Variable	Definición u opciones de respuesta	Escala de medición
Alfabetismo	Dominio de lectura y escritura	Cualitativa-nominal
Estudio actual	Realización de estudios actuales	Cualitativa-nominal
Nivel educativo	Primaria, secundaria, técnico, tecnológico, superior	Cualitativa-ordinal
Años de estudio	Años cursados en el nivel educativo alcanzado	Cuantitativa-discreta
Años de estudio profesional	Años de estudios en programa de formación superior.	Cuantitativa-discreta
Capacitación formal	Cuenta con capacitación en el cuidado del adulto mayor en una institución educativa formal.	Cualitativa-nominal
Capacitación informal	Cuenta con capacitación en el cuidado del adulto mayor no formales	Cualitativa-nominal
Búsqueda de formación	Ha buscado oportunidades de formación en el cuidado del adulto mayor.	Cualitativa-nominal
Acceso formación	Interroga sobre las posibles dificultades en el acceso a la formación en cuidado del adulto mayor.	Cualitativa-nominal

4- Empleo y condiciones de trabajo:

En esta sección a partir de 15 variables sobre características específicas del empleo y de percepción del trabajador se determinaron las condiciones de trabajo bajo las que opera la persona cuidadora.

En la siguiente tabla se presenta una breve descripción de estas.

Tabla 5. Ficha sociodemográfica – EMPLEO Y CONDICIONES DE TRABAJO.

Variable	Definición u opciones de respuesta	Escala de medición
Personas contratadas	Número de personas contratadas en la institución	Cuantitativa-discreta
Tipo de vinculación	Término indefinido, fijo, prestación de servicios, socios, familiares, voluntariado, aprendices, otro	Cualitativa-nominal
Responsabilidad de afiliación	Institución, responsabilidad propia	Cualitativa-nominal
Medio de transporte	Bus, intermunicipal bus urbano, transporte masivo, taxi, transporte empresa, automóvil propio, moto , bicicleta, otro	Cualitativa-nominal
Horas semanales laboradas	Horas a la semana en las que normalmente trabaja en la institución.	Cuantitativa-discreta
Horas adicionales	Interés por trabajar horas adicionales	Cuantitativa-discreta
Cambio de trabajo	Interés por cambiar de empleo	Cualitativa-nominal
Motivos de cambio	Mejorar utilización de capacidades, mejorar ingresos, trabajar menos horas, temporal, problemas, desmotivación, exigencia, problemas ambientales, otro	Cualitativa-nominal
Satisfacción laboral	Califica en 4 grados de satisfacción 8 características del empleo actual	Cualitativa- ordinal
Estabilidad laboral	Percepción sobre la estabilidad del trabajo actual	Cualitativa- ordinal
Otra actividad lucrativa	Existencia de otra actividad que desempeñe y genere ingresos	Cualitativa-nominal
Rango salarial	Menos de 1 smmlv, entre 1 y 2, entre 2 y 3, más de 3	Cualitativa - ordinal
Experiencia	Tiempo en años y meses en actividades de cuidado de adulto mayor	Cuantitativa - continua
Experiencia en institución actual	Tiempo en años y meses en actividades de cuidado de adulto mayor en la institución actual	Cuantitativa – continua
Actividades frecuentes	Actividades que con frecuencia realiza en pro del cuidado del adulto mayor	Cualitativa-nominal

5- Condiciones de Discapacidad:

Por medio de 12 variables en esta sección se indagó sobre posibles condiciones de discapacidad de las personas cuidadoras y si estas condiciones afectan de alguna manera el desempeño de sus funciones en la provisión de cuidado a las personas adultas mayores. A continuación una breve descripción de todas ellas.

Tabla 6. Ficha sociodemográfica – CONDICIONES DE DISCAPACIDAD

Variable	Definición u opciones de respuesta	Escala de medición
Dificultad en actividades de casa	Percepción de dificultad para realizar actividades de casa	Cualitativa- nominal
Dificultad en actividad diaria	Percepción de dificultad para realizar actividades diarias	Cualitativa- nominal
Dificultad para participación	Percepción de dificultad para participación comunitaria	Cualitativa- nominal
Interferencia de dificultades	Calificación del grado de interferencia de dificultad percibida	Cualitativa – ordinal
Interferencia emocional	Calificación del grado de interferencia de dificultad percibida emocionalmente	Cualitativa - ordinal
Días de dificultad	Número de días en que se sintió dificultad	Cuantitativa – discreta
Días de incapacidad	Número de días en que se sintió incapacitada	Cuantitativa – discreta
Equipos de apoyo	Requerimiento de equipos de apoyo para realizar actividades	Cualitativa- nominal
Aparato auditivo	Recomendación de terceros de usar aparato auditivo	Cualitativa- nominal
Uso de aparato auditivo	Utilización de aparato auditivo	Cualitativa- nominal
Uso de lentes	Utilización de lentes o gafas	Cualitativa- nominal
Dificultad con la visión	Dificultad para ver aun con lentes	Cualitativa- nominal

6. Capital Social:

Se indagó sobre agremiaciones o redes sociales conformadas por personas cuidadoras por medio de tres variables.

Tabla 7. Ficha sociodemográfica – CAPITAL SOCIAL

Variable	Definición u opciones de respuesta	Escala de medición
Participación grupos	Religiosos, deportivos, políticos, culturales comunitarios, de diversión, ecológicos, gremiales	Cualitativa-nominal
Grupos de personas cuidadoras.	Pertenencia a algún grupo de personas cuidadoras en instituciones	Cualitativa-nominal
Frecuencia de reuniones	Semanal, quincenal, mensual, bimensual	Cualitativa-ordinal

b. Diseño muestral

Las cuatro ciudades incluidas en este estudio fueron: Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, para cada ciudad se analizó la cantidad de registros de los Centros de Protección (Residencia) y los Centros de Promoción (Día – Vida) en la base referida del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para Cali, Medellín y Bogotá se calculó una muestra de acuerdo a la cantidad de registros en la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, este registro es diferente a la información que tienen los entes de control en cada una de las ciudades, por tanto la primera actividad para la construcción del marco muestral en cada ciudad correspondió a la integración y validación de las bases de datos del Ministerio, las base de la Oficina de Promoción Social y la Secretaria de Salud Municipal. Para Barranquilla se realizó un censo dado el tamaño de la población de instituciones reportadas.

Universo de estudio:

Está constituido por personas vinculadas a instituciones de protección y promoción social a la persona adulta mayor, que ayudan en la realización de Actividades de Vida Diaria

básicas (AVDB), instrumentales (AVDI) y/o avanzadas (AVDA), en la zona urbana de las cuatro ciudades principales del país (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla).

Criterios de inclusión:

Para poder ingresar al estudio, las potenciales participantes debieron cumplir con el criterio establecido para identificar las personas cuidadoras al interior de la institución:

- Persona Cuidadora: Personas que laboran en las Instituciones de Protección Social (ancianato, hogar, dormitorio, centro de bienestar, albergue), Instituciones de Protección Social (centro DIA, centro VIDA) que ayudan a realizar Actividades de Vida Diaria básicas (AVDB), instrumentales (AVDI) y/o avanzadas (AVDA), en la zona urbana de las cuatro ciudades principales del país (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla).

Este criterio fue verificado por los encuestadores antes de firmar el Consentimiento Informado para seguir con la encuesta.

Niveles de desagregación:

La encuesta dirigida a personas cuidadoras tiene un alcance local para cada una de las ciudades incluidas en el estudio.

Unidades de muestreo: Constituidas por las instituciones en cada uno de los estratos definidos.

Unidades de análisis: Personas encargadas de ayudar a la persona adulta mayor en la realización de al menos una de las AVD.

Basados en el procedimiento descrito, se mantuvo un esquema estándar de selección de la siguiente forma:

- La selección de instituciones en cada ciudad se realizó de acuerdo a la composición de la población, teniendo en cuenta el tipo de centro para garantizar inclusión en la muestra de personas cuidadoras vinculadas a instituciones de protección (ancianato, hogar, dormitorio, centro de bienestar) y a instituciones de promoción social (centro vida o centro día).
- Se aplicó la encuesta a todos los individuos que ejercen actividades de persona cuidadora en la institución seleccionada.

Tipo de muestreo:

Teniendo en cuenta los objetivos y las características de la población, se optó por el método de muestreo probabilístico de conglomerados monoetápico, según las siguientes definiciones:

Probabilística: Significa que cada unidad del universo de estudio tiene una probabilidad de selección conocida y superior a cero. Este tipo de muestra permite establecer anticipadamente la precisión deseada en los resultados principales, y calcular la precisión observada en todos los resultados obtenidos.

De conglomerados: En muestras de universos grandes, complejos y heterogéneos, como el del presente estudio, la concentración de la muestra en conglomerados reduce costos, aunque genera un mayor error de muestreo, que se compensa con incremento moderado del tamaño de muestra. Los conglomerados se reducen a niveles manejables estratificando por tamaño.

Tamaño muestral:

Los tamaños de muestra de las instituciones al cuidado de personas adultas mayores se calcularon con un Error estándar relativo - Esrel del 5%. El efecto de los conglomerados en el diseño - Deff, es una relación entre la varianza real de este diseño de conglomerados y la que se obtendría con un diseño aleatorio simple, para este estudio se tomo un Deff de 1,2.

El tamaño de muestra para proporciones viene dado por la siguiente ecuación (Kish, 1965) en la cual:

$$n = \frac{N * PQ * Deff}{N * (Esrel * P)^2 + (PQ * Deff)}$$

Dónde

Esrel = Error Estándar Relativo deseado, es decir, nivel de precisión deseado para la investigación. En una muestra de conglomerados de igual tamaño se calcula:

$$Esrel = \frac{\sqrt{(1 - n/N) * (PQ/n) * Deff}}{P}$$

n= Tamaño de muestra

N=Tamaño del poblacional para el cual se desea estimar una proporción (ciudad)

P= Proporción de interés o prevalencia de interés

Deff=Efecto de la conglomeración de la muestra definido como la relación entre la estimación de la varianza de un diseño de muestreo de conglomerados y la estimación de la varianza de un muestreo aleatorio simple

$$Deff = \frac{Var(Muestreo\ por\ conglomerados)}{Var(Muestreo\ Aleatorio\ Simple)}$$

El ajuste por no respuesta se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$n' = n * (1 + NR)$$

Donde **NR** corresponde a la proporción esperada de personas que no atenderá la encuesta.

De acuerdo con la información suministrada en la Base de Datos del MSPS – actualizada hasta agosto 15 de 2013 se aproximó la cantidad de instituciones por ciudad y su respectiva población de personas cuidadoras, se tomó en promedio 3,5 personas cuidadoras por institución. Aplicando con la formula indicada antes los tamaños de muestra fueron estimados y se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 8. Tamaños de muestra estimados por ciudad

Ciudad	Cantidad de Instituciones	Población de personas cuidadoras.	Muestra de personas cuidadoras.
Bogotá	360	1.260	318
Cali	100	350	195
Medellín	162	567	273
Barranquilla	32	112	112 (Censo)

Distribución de la muestra:

Proporcional al número de instituciones de cuidado a la persona adulta mayor y considerando el número aproximado de personas cuidadoras para estimar el número de instituciones a encuestar por ciudad la muestra se distribuyó por zona.

Estimaciones:

Para arrojar estimaciones insesgadas de los valores y parámetros de interés en el universo de estudio se indican los lineamientos básicos que hicieron frente a fuentes de sesgo como las probabilidades variables de selección de las unidades de observación (instituciones de cuidado), la cobertura incompleta de la muestra seleccionada, las imperfecciones del marco de muestreo utilizado en la selección de las muestras, los errores en el diseño de los instrumentos de medición; y las deficiencias en la selección y capacitación de los recolectores, en la captación de los datos y en su procesamiento.

A continuación se presenta un esquema de estimación para indicadores básicos de interés de acuerdo a los lineamientos del muestreo (Cochran, 1990).

Sea entonces X una característica de interés para la cual concierne la estimación de su total.

El estimador del total de la variable viene dado por:

$$\hat{X} = \sum_{h}\sum_{i} F_{jk}\left(\sum_{j}\sum_{k} x_{jk}\right)$$

Dónde:

F_{jk}: el factor final de expansión del cuidador de adulto mayor de la k-ésima institución en la j-ésima *zona geográfica*

X_{jk} representa, de la misma forma, el valor asociado a la característica de interés para cada persona observada.

La estimación de proporciones, razones y tasas puede ser obtenida generalizando la fórmula anterior mediante la siguiente expresión:

$$\hat{R} = \frac{\hat{X}}{\hat{Y}}$$

Donde cada elemento en el cociente representa un total de una característica de interés.

Para obtener las precisiones de los estimadores de razón se usó el método de linealización de Taylor, obteniéndose la siguiente fórmula para estimar la precisión de R estimado.

$$\hat{V}(\hat{R}) = \frac{1}{\hat{Y}^2}\sum_h \left\{ \sum_i \frac{K_i}{K_i - 1} \sum_j \left[\left(\widehat{X_{ijk}} - \frac{1}{K_i}\widehat{X_{jk}} \right) - \hat{R}\left(\widehat{Y_{ijk}} - \frac{1}{K_i}\widehat{Y_{jk}} \right) \right]^2 \right\}$$

Dónde:

$\widehat{X_{ijk}}$ Representa el total ponderado de X en la unidad j-ésima del k-esima conglomerado como se presenta arriba.

K_i, por su parte, representa el número unidades de análisis dentro de cada *conglomerado.*

De la expresión anterior es posible notar que se deriva de manera natural la fórmula de la varianza para un total de interés

$$\hat{V}(\hat{X}) = \sum_h \frac{K_i}{K_i - 1} \sum_j \left(\widehat{X_{ijk}} - \frac{1}{K_i}\widehat{X_{jk}} \right)^2$$

Probabilidad de selección y factores de expansión:

Probabilidades de selección

P(UM): Probabilidad de seleccionar una institución al cuidado de personas adultas mayores en la zona

$$p(UM) = \frac{Población\ de\ instituciones\ al\ cuidado\ personas\ adultas\ mayores\ seleccionadas}{Población\ de\ instituciones\ al\ cuidado\ personas\ adultas\ mayores}$$

Factores de expansión

FBI: Factor básico de expansión institución de cuidado de personas adultas mayores

FBI = 1/ PUM

FNR: Factor de ajuste por no respuesta

$$FNR = \frac{Personas\ seleccionadas\ en\ la\ zona}{Personas\ encuestadas\ en\ la\ zona}$$

FNC: Factor de ajuste por no cobertura de instituciones completas

$$FNC = \frac{Instituciones\ seleccionadas\ en\ la\ zona}{Institucionesencuestadas\ en\ la\ zona}$$

FFE: Factor final de expansión

$$FFE = FBP * FNR * FNC$$

FCP = Factor de corrección por la diferencia entre personas cuidadoras previstos y reales.

$$FCP = \frac{personas\ cuidadoras\ \ proyectados\ en\ cada\ unidad\ de\ observación}{personas\ cuidadoras\ \ restituidos\ con\ el\ factor\ final\ de\ expansión\ en\ cada\ unidad}$$

La ponderación final calculada con base en el factor de corrección permite el cálculo insesgado de cualquier tipo de indicador relativo o combinado para cada ciudad.

c. Plan operativo

La aplicación del instrumento para el análisis cuantitativo en personas cuidadoras se desarrolló siguiendo las siguientes etapas:

- Prueba piloto
- Ajuste del instrumento y plan de trabajo de campo
- Contacto vía telefónica y agenda de citas con las instituciones seleccionadas de acuerdo con el tamaño muestral definido. En Barranquilla se realizó contacto con todas las instituciones incluidas en la base de datos.
- Inducción del grupo de encuestadores conformado por profesionales de la salud y ciencias sociales
- Asignación de instituciones y número de encuestas a realizar por encuestador.
- Recolección de la información: Se contactó a las personas cuidadoras institucionales en su lugar de trabajo mediante concertación de cita por vía telefónica previa autorización de los directivos de las instituciones, la encuesta tuvo una duración aproximada de 30 minutos.
- Digitalización de la información recolectada vía formato html.

d. Prueba piloto

Se hizo revisión de expertos y prueba de diligenciamiento en campo para los instrumentos de caracterización de personas cuidadoras y de personas adultas mayores objetos de cuidado.

Revisión de expertos:

El instrumento inicial fue revisado por una profesional especialista en gerontología y una economista con el fin de identificar variables y categorías faltantes en el instrumento a la luz de la teoría del cuidado y la medición económica del empleo y el trabajo. Producto de esta revisión se incluyeron variables para la medición del subempleo, la motivación para ejercer la labor del cuidado y apoyo institucional en el duelo.

Prueba de instrumentos en campo:

Dado que la Universidad del Valle tiene convenio de práctica con instituciones de cuidado a personas adultas mayores, se visitó una donde permitieron aplicar tanto los instrumentos de las técnicas cualitativas como cuantitativa. En esta institución se tomaron tiempos de aplicación, revisión de ruta de recolección de datos en la institución, verificación de redacción de las preguntas y opciones de respuesta. Posterior a este ejercicio se hicieron mejoramientos de forma en el instrumento y se tomaron elementos para la construcción del instructivo de aplicación de la encuesta y la entrevista.

Ajuste de instrumento y del instructivo:

De acuerdo a las dudas y situaciones que surgieron en el ejercicio realizado en el Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel, se adicionaron campos al instrumento para mejorar la recolección y hacer más dinámica la aplicación de la encuesta, lo que implico modificaciones al instructivo.

Se toma la aplicación de la encuesta en Cali como piloto de la caracterización porque no se tenía información previa sobre el comportamiento de las variables ni tamaño de instituciones. Los instrumentos se pueden consultar en el Anexo 1

e. Plan de análisis

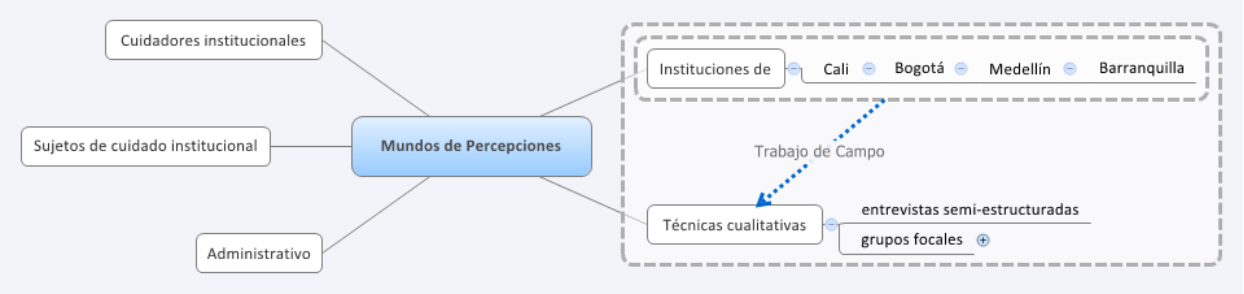
A partir de la información recolectada en la ficha sociodemográfica, se hizo análisis descriptivo de las características evaluadas en el cuestionario a los individuos identificados como personas cuidadoras en las instituciones de cada una de las ciudades incluidas en el estudio Bogotá DC, Medellín, Cali y Barranquilla.

6.4.2 Entrevistas y grupo focal: Indagación las percepciones sobre la experiencia de cuidado de las personas cuidadoras institucionales y de las personas adultas mayores sujetos de cuidado institucional

Las técnicas cualitativas, como entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, que se trabajaron en campo en las ciudades de Cali, Bogotá D.C., Medellín y Barranquilla, fueron las necesarias para describir las percepciones sobre el "cuidado institucionalizado" y la "personas cuidadora institucional" para dar cumplimiento al objetivo 3 del Proyecto**.** Además de las percepciones sobre el *cuidado y *el cuidador como categorías generales, se analizaron subcategorías que permitieron centrar la investigación. Estas fueron: *prácticas del cuidado; *sobrecarga laboral y *redes de apoyo. Se observó la necesidad de completar las percepciones con otro mundo: *administrativos, éste no desvía el objetivo central, lo complementa puesto que se habla de instituciones del cuidado, por lo tanto, siendo necesaria esta visión.

Tres mundos de percepciones fueron el punto de partida de la descripción: *Mundo de percepción de personas adultos mayores, Mundo de percepción de personas encargadas del cuidado y *Mundo de percepción de personal administrativos de instituciones geriátricas. La relación, relación de la información obtenida desde las percepciones de los sujetos de investigación dan la descripción de la experiencia del cuidado institucional, contenida en el presente informe.

Grafico 2. Mundos de percepción



Como se mostrará más adelante, nacieron dos subcategorías emergentes en el trascurso del trabajo de campo, las cuales en la depuración de la información, se sugieren con igual

importancia que las apriorísticas, éstas son: *personas cuidadoras vs auxiliares de enfermería y *personas mayores abandonadas u olvidadas. Todas las subcategorías contaron con determinantes categóricos (*conceptos o conceptos compuestos centrales comunes* que nacieron de las percepciones de los entrevistados y permiten definir las subcategorías para que éstas concreten las categorías de cuidado y cuidador).

Se requirió que la categorización y la dosificación de la información para el análisis de las percepciones se realizará a lo largo de toda la investigación: *antes, en y después* de la recolección de información tratando de no hacer presupuestos que llevarán a favorecer ciertas prenociones conceptuales que viciaran el análisis. Se propuso favorecer narraciones que nacieron de los sentidos, quereres y conocimientos de la gente (mundos de percepción).

> *"Como es el investigador quien otorga significado a sus resultados, uno de los elementos básicos que se tuvo en cuenta es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información. Para ello, hemos hecho la distinción entre categorías que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en microaspectos. Estas categorías o subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del procesos recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen del levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación, lo que se relaciona con la distinción que establece Elliot cuando diferencia entre "conceptos objetivadores" y "conceptos sensibilizadores", en donde las categorías apriorísticas corresponden a los primeros y las categorías emergentes a los segundos (Elliot,, 1990)." (CISTERNA, 2005, pág. 64)*

Grafico 3. Experiencia del cuidado institucional

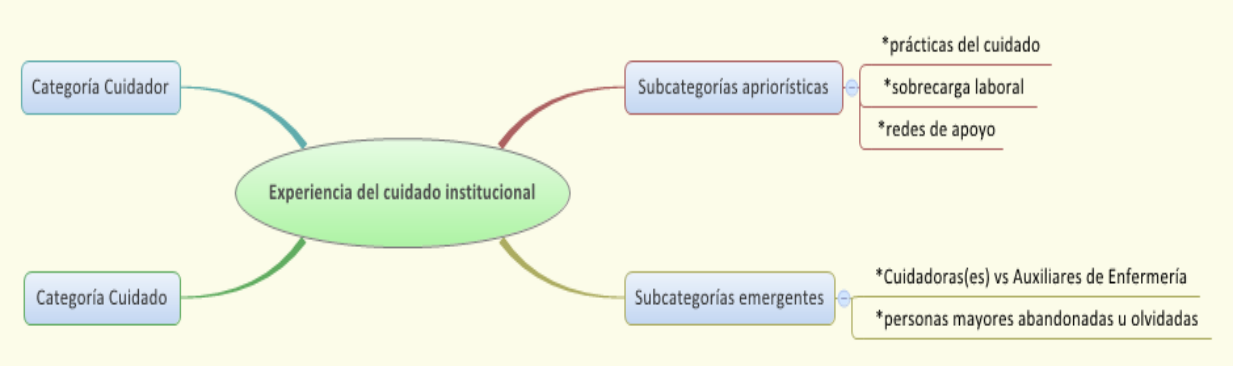
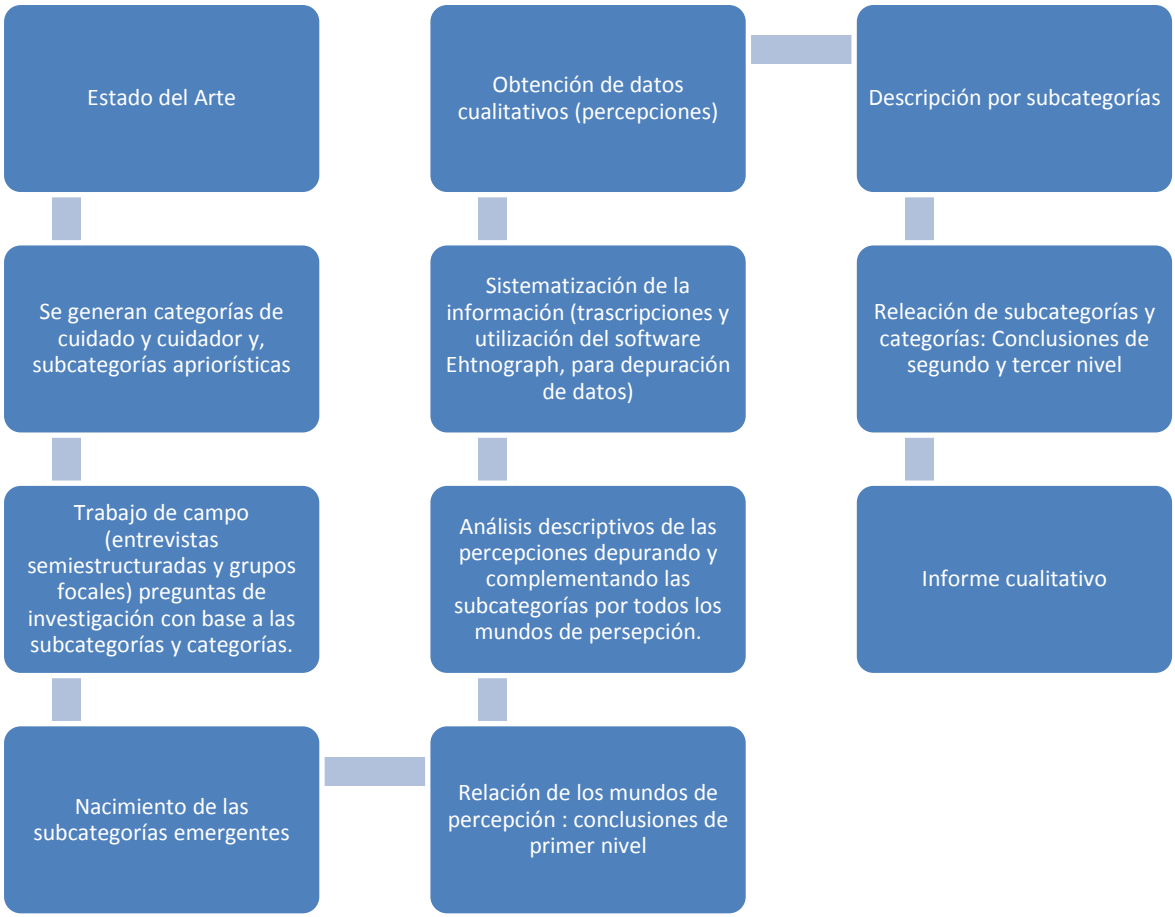


Grafico 4. Proceso de investigación cualitativo



Se debe aclarar que en el proceso de depuración de la información se decidió que algunas subcategorías apriorísticas pasaran a un tercer nivel de complementación *formación complementa las subcategorías de *redes de apoyo, y *personas cuidadoras vs auxiliares de enfermería; *beneficios y *dificultades complementa las categorías de *cuidado y *personas cuidadoras; a subcategoría planteada en el protocolo como *ambiente institucional se remplaza por *sobrecarga laboral.

El siguiente Tabla muestra la categorización apriorística: categorías, subcategorías de análisis anteriores al trabajo de campo:

Tabla 9. Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas.

Ámbito temático	Problema de investigación	Preguntas de investigación	Categorías	Subcategorías
Salud Poblacional: Gerontología y Geriatría	El tema de los personas cuidadoras de personas adultas mayores cobra más fuerza cuando se evidencia que la asistencia del Estado no es suficiente para dar respuesta a las necesidades de atención de las personas en edad avanzada con discapacidad, los problemas de cobertura en protección social y la carencia de programas de atención acordes a las características y necesidades de las personas mayores se constituyen en enormes vacíos que obligan a las redes de apoyo a asumir responsabilidades que a veces exceden su capacidad de respuesta.”	¿Cuáles son las percepciones sobre la labor de cuidado de personas adultas mayores, personas cuidadoras y administrativos institucionales?	Practicas del cuidado	• **personas cuidadoras** de personas mayores • **Prácticas** alrededor del cuidado • **Beneficios** del ser persona cuidadora y Beneficios al ser cuidado • **Dificultades** en el cuidado y dificultades para ejercer la labor de persona cuidadora • **Red de apoyo** familiar e institucional del cuidado. • **Ambiente laboral** (sobrecarga laboral)

a) Método de recolección de la información cualitativa

Este tipo de investigación se caracteriza por recoger información con base a categorías apriorísticas que en este estudio provienen del protocolo predispuesto por la Universidad del Valle y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

> *"La **metodología cualitativa** como una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja, y preserve la espontanea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente ideográfica y procesual, posibilite un análisis (exploratorio, de reducción de datos, de toma de decisiones, evaluativo, etc.) que dé lugar a la obtención de conocimiento valido con suficiente potencia explicativa, acorde, en cualquier caso, con el objetivo planteado y los descriptores e indicadores a los que se tuviera acceso".* (ANGUERA, 1986, pág. 2)

Es así, que epistemológicamente se ha decidido puntualizar en matices descriptivos para el caso de esta indagación. Datos cualitativos en detalle que emergen de la recolección de datos con entrevistas semiestructuradas y grupos focales realizados en cuatro ciudades del país: Cali, Bogotá DC., Medellín y Barranquilla; con un registro cuidadoso donde el papel fundamental lo juega el proceso de categorización:

> *"En este mismo sentido, Denzin (1970) y Patton (1980) están de acuerdo en que la tarea de un metodólogo cualitativo es la de suministrar un marco dentro del cual los sujetos respondan de forma que se representen fielmente sus puntos de vista respecto al mundo y su experiencia."* (Bis, 1986, pág. 3)

Cuando se relaciona lo que se investiga con el proceso de recolección de datos se tiene claridad con el contenido a obtener. La investigación cualitativa reconoce que los individuos sujetos de investigación tienen una gran cantidad de hechos privados a sustentar y a dar a conocer. Pero, al mismo tiempo, desde lo opuesto se obtiene

características divergentes que contribuyen a los procesos de comparación y diferenciación que se denominan categorías emergentes.

b. Proceso de depuración de la información

A pesar que el planeamiento del protocolo determina una forma de trabajo que facilita la codificación de la información y su registro propiciando una simplificación en un proceso de selección, nace la necesidad de: simplificar, abstraer, transformar los datos escuchados o notas en una comprensión de lo que se *quiere*. Ahí empieza la depuración de los mismos y la experticia de los investigadores funciona para elegir, cuáles serán las subcategorías que explicarán el objetivo especifico "Analizar las percepciones sobre la experiencia de cuidado de las personas cuidadoras institucionales y de las personas adultas mayores sujetos de cuidado institucional".

Por eso, aunque no se hable de análisis en este documento, es totalmente inevitable que la descripción lleve a un análisis sin pretender que se desborde a la interpretación hermenéutica. La finalidad es que se puedan realizar inferencias de los resultados tanto de forma cualitativa como cuantitativa, posibilitando la combinación de ambas.

c. Descripción etnográfica como método.

Lo que pretende esta metodología es la demostración de resultados, es dar una descripción lo más acertado posible a la realidad. La descripción es un medio para presentar la realidad de los sujetos investigados y lo hechos observables que se consideran verdad.

El Diccionario de la Lengua Española (1992:1473), entre otras cosas, dice:

"Verdad. [...] Conformidad de las cosas con el concepto que de ellos forma la mente. 2. Conformidad de lo que se dice con lo que se siente o se piensa. [...]."

Así, en el Diccionario de Filosofía Abreviado, de José Ferrater Mora (1993:366), se nos afirma:

> "*Verdad. El vocablo `verdad' se usa primariamente en dos sentidos: para referirse a una proposición y para referirse a una realidad. En el primer caso se dice de una proposición que es verdadera a diferencia de falsa. En el segundo caso se dice de una realidad que es verdadera a diferencia de aparente, ilusoria, irreal, inexistente, etc*."

En el párrafo siguiente, José Ferrater Mora nos llama la atención:

> *"No es siempre fácil distinguir entre estos dos sentidos de verdad porque una proposición verdadera se refiere a una realidad y de una realidad se dice que es verdadera*." (POBLETE, 1999, pág. 221)

El informe muestra las percepciones de los sujetos hablantes con sus fragmentos extraídos de entrevistas y grupos focales, no se platean discusiones para desmentir lo que ellos expresan, no es el interés de la investigación enjuiciar o desmentir a los interlocutores. No obstante, lo negativo y positivo que pronuncian será descrito y complementado con elementos teórico conceptuales en un intercambio entre lo que se dice y conceptualizaciones académicas que son encadenadas por análisis del discurso basado en la lógica natural, relativa a la argumentación. Se concluye que la descripción muestra una realidad, es una forma de representación de la realidad: Describir es "pintar" con palabras una cosa. Según el Diccionario de la Lengua Española (1992:498), describir significa:

> *"Delinear, dibujar, figurar una cosa, representándola de modo que dé cabal idea de ella. 2. Representar a personas o cosas por medio del lenguaje, refiriendo o explicando sus distintas partes, cualidades o circunstancias*. [...]"

Los dos sentidos de «describir», que nos entrega el diccionario de la Real Academia, son semejantes en su núcleo. Lo central en ambas definiciones es el concepto de representación. En resumen, una descripción tiene como función ser una copia de la realidad, su perfecta imitación, en el decir de Octavio Paz.

La descripción no es un género literario en sus propios términos, como lo son la narración, la lírica y el drama. Más bien, la descripción es una forma expresiva del lenguaje que, si bien puede encontrarse aislada, se sitúa mejor dentro del contexto general del lenguaje narrativo.

Siguiendo a Marchese y Forradellas (1989:95), podemos agregar que:

> "*En la narración realista la descripción es en gran medida tributaria del ojo: un personaje fijo ante un panorama o una escena móvil, un personaje móvil que pasa revista a un marco ambiental (calle, habitación...) [...]*" (Bis, 1999, pág. 222)

Grafico 5. Modelo básico de análisis descriptivo

Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

La pretensión de esta investigación desde lo cualitativo es la descripción, por ende, las tareas de ordenar y sistematizar la información están orientadas a un micromodelo de análisis del discurso basado en la lógica natural, relativa a la argumentación**,** para trabajar con las entrevistas semi-estructuradas y con los grupos focales. Modelo que permite realizar de manera clara y oportuna el estudio comparativo de las identificaciones de categorías y subcategorías del cuidado institucional. En esta aproximación, el énfasis es reconocer las representaciones sociales y las percepciones. Buscando aprehender un objeto de estudio que es de carácter simbólico. Considerando que las representaciones sociales se pueden reconocer en el discurso y prácticas sociales de los sujetos. La construcción procesual en la que es posible identificar las variaciones de los referentes significativos de las condiciones de vida de las personas cuidadoras. Es pertinente para aprehender imaginarios, dinámicas y representaciones ligadas a nociones como la economía, la salud, las redes de apoyo.

d. Percepciones y representaciones sociales

Es importante tener claridad que cuando se mencionan percepciones individuales y representaciones sociales, se propone partir de ideas que se tienen sobre algo, las diferencias y comparaciones entre este cúmulo de ideas generan representaciones sociales de colectivos ya categorizados. Como personas cuidadoras y *personas adultas mayores cuidados(as)*. Existen representaciones acerca "del cómo" se debe cuidar y percepciones del cómo *"en práctica"* se cuida: *cómo se* debe cuidar en una institución desde la norma ideal, *cómo es* el cuidado desde el uso de esa norma, cuál es el rol de las personas cuidadoras.

Es importante tener en cuenta las representaciones sociales puesto que la percepción es una idea que nos hacemos sobre algo mientras la representación social es como esas ideas sobre algo se vuelven colectivas. Por tanto una percepción compartida por un grupo es una representación social.

"La percepción es el pre-supuesto de la representación… El sujeto de la percepción nunca es una tabula rasa. La percepción no es un proceso pasivo sino activo. La actividad del sujeto desplegada sobre el objeto rige la perspectiva de la percepción. El acto

perceptivo supone, por ende, la intervención de múltiples a priori, llámense pulsiones y representaciones inconscientes, supuestos culturales, ideologías históricas, estereotipos cognoscitivos, modas temporales, formaciones o deformaciones profesionales, experiencia personal acumulada. Todos ellos se superponen, se concilian, se contradicen o se interfieren en la hipotética simplicidad de un acto instantáneo e incansablemente repetido: mirar.

> *La presencia física del objeto pierde así protagonismo ante el peso determinante, en la imagen percibida, de factores visualmente "ausentes" o sea, los esquemas referenciales previos, los a priori conceptuales estipulados o las motivaciones inconscientes inconfesadas. La percepción resulta, en suma, tanto anticipación como recuerdo*." (Schnaith, 1988)

El concepto de representación social es algo que permite ubicar a los investigadores según el *rol* y *estatus* que porten los sujetos de investigación dentro de la institución, personas cuidadoras y "personas mayores cuidadas", teniendo en cuenta que incluso las representaciones más elementales tienen lugar en todo un proceso de elaboración cognitiva y simbólica que orienta comportamiento y relaciona los procesos simbólicos con las conductas:

[El acto de representar posee cinco características fundamentales:]

— siempre es la representación de un objeto;

— tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto;

— tiene un carácter simbólico y significante;

— tiene un carácter constructivo;

— tiene un carácter autónomo y creativo.

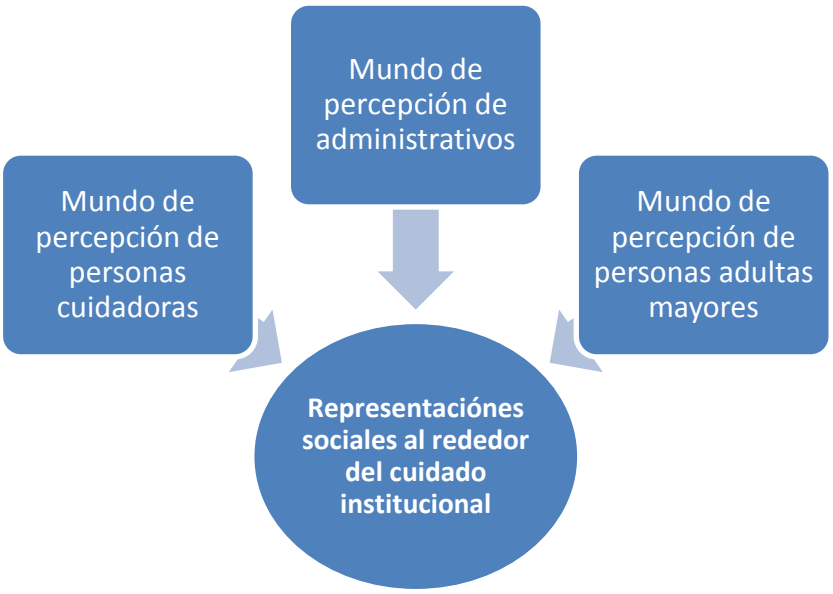
> Además siempre lleva algo social: las categorías que la estructuran y la expresan, [son] tomadas de un fondo común de cultura. Estas categorías son categorías de lenguaje." (Peimbert, 2010)

El análisis de las percepciones sobre el cuidado desde el grupo de personas cuidadoras, administrativos y las personas adultas mayores cuidadas, es como representan el *espacio* donde se es cuidado o sea la institución. Desde la percepción se hacen juicios de valor, cargando esos juicios a cosas, aéreas, oficinas y representantes institucionales. Se carga la representación a un representante de la misma.

> "*La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno. La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte,*

de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad." (Vargas, 2004; p. 47 – 48)

Grafico 6. Percepciones y representaciones sociales del cuidado



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

a. Relación de categorías

El procesamiento de la información desde la relación de los mundos de percepciones[3] se realizó de la siguiente forma para dar las conclusiones generales por subcategorías.

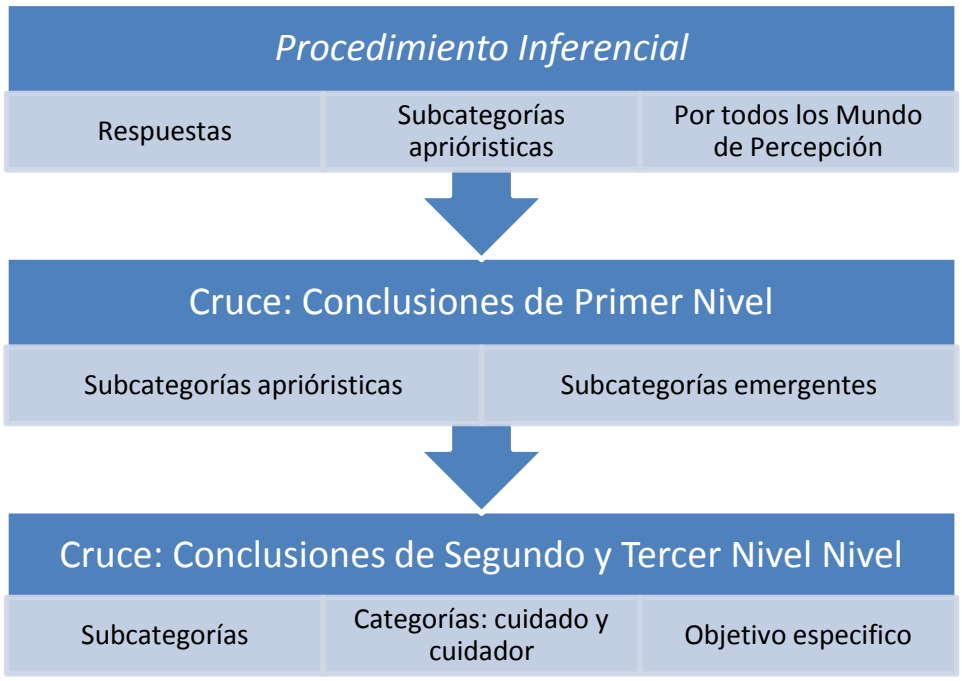
1. Se relacionó la información de todos los mundos de percepción por subcategorías.
2. Se relacionó la información entre subcategorías y categorías.

Se realizó la relación según: El *procedimiento inferencial* que consiste en el ir estableciendo conclusiones ascendentes agrupando las repuestas relevantes por

[3] Estas podrán ser verificadas en los anexos.

tendencias que pueden ser clasificadas en términos de coincidencias o divergencias en cada uno de los instrumentos aplicados [entrevistas semiestructuradas y grupos focales] es un proceso que distingue varios niveles de síntesis, y que parte de las subcategorías, pasa por las categorías y llega hasta las opiniones inferidas en relación con las preguntas centrales que guían la investigación (CISTERNA, 2005, pág. 68)

Grafico 7. Procedimiento Inferencial.



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

6.4.3 Búsqueda documental: Descripción de la información de programas de formación para personas cuidadoras.

La descripción se realizó con información obtenida de las páginas web oficiales del Ministerio de Educación Nacional y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) sobre programas de educación para el trabajo y desarrollo humano y sobre programas de educación superior. Todo se registró y actualizo en la ficha de caracterización que específicamente los investigadores han realizado para ello.

1. Fuentes de información

En particular para la descripción de los programas de educación para el trabajo, se realizó la solicitud de la información mediante el Sistema de Atención al Ciudadano del Ministerio de Educación Nacional, en respuesta se obtuvo una base de datos con un registro de once (11) instituciones de educación para el trabajo que ofrecen programas de formación en cuidado de personas adultas mayores.

- Sistema de Información de la Educación para el Trabajo y desarrollo humano (SIET).

  Es una herramienta informática creada para que las Secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas ingresen la información de las instituciones y los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano (antes educación no formal) que tengan licencia de funcionamiento y registro.
  La información allí consignada está aprobada por las Secretarías de Educación y avalada por el Ministerio de Educación Nacional.
  El SIET permite a los ciudadanos tener información sobre estos programas e instituciones, la duración de los mismos, su certificación de calidad y costos educativos, entre otros.

- Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES).

  En este sistema se recopila y organiza la información relevante sobre la educación superior que permite hacer planeación, monitoreo, evaluación, asesoría, inspección y vigilancia del sector.

  En el SNIES, los ciudadanos pueden encontrar información sobre todas las instituciones de educación superior registradas y sus carreras, así mismo, reportes de los programas que se ofrecen en el país y tienen el Registro Calificado (que cumplen las condiciones legales para ser ofrecidos).

  El SNIES pone a disposición de las Instituciones de Educación Superior, agencias del sector, entes de gobierno y la comunidad en general información que:

  - Facilita la gestión, la planeación y toma de decisiones.
  - Orienta a las IES en los procesos de mejoramiento a partir de la identificación de mejores prácticas.
  - Ayuda a la auto regulación del sector.
  - Simplifica el proceso de reporte de información.
  - Sirve como marco de referencia

2. Ficha de recolección

Para la descripción de los programas de información se diseñó una ficha de caracterización por el grupo investigador con base en la información encontrada de los programas en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional y del Programa Nacional de Técnico en Asistencia Integral a Personas Mayores ofrecido por el SENA.

Esta ficha de caracterización de programas de formación en cuidados cuenta con 10 campos y fue diligenciada con la información de los programas de formación disponible en internet a nivel nacional. (Anexo 5)

3. Déficit de formación de personas cuidadoras.

Según acordado con el Ministerio de Salud y Protección social en el comité técnico 10 de Octubre de 2013 (Acta n° 4), después de revisar las dificultades para precisar cuáles son los programas de formación de personas cuidadoras y debido a que no hay una estimación de la demanda en el MSPS se decidió limitar el alcance del estudio a "establecer el déficit de formación de personas cuidadoras" a partir de la caracterización de los mismos que se hizo mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica.. (Anexo 6)

Una vez realizado el estudio (cuando se tuvieron los resultados de la aplicación de la encuesta) se identificaron características de la formación de las personas cuidadoras institucionales que se confrontó con los requisitos establecidos en las leyes 1276 y 1315 de 2009 sobre el recurso humano encargado de brindar el cuidado en los centros de protección y centros de promoción encargados de brindar atención a las personas adultas mayores.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas para el diagnostico situacional de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores en Colombia se acogieron a las normas nacionales e internacionales, que incluyen la Declaración de Helsinki (OMS, 2000) y en el ámbito nacional la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. En ellas se garantiza:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de medidas tendientes a cumplir con este aspecto, por parte de las personas que puedan conocer de ella en las diferentes etapas de la encuesta.
- La solicitud de consentimiento informado a los participantes del estudio. (Anexos 7, 8, 9 y 10)

En consecuencia, en el estudio prevaleció el criterio de participación voluntaria e informada, respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos del estudio.

Con el fin de cumplir con los puntos mencionados, en la ejecución de la investigación se desarrollaron las siguientes acciones:

a. Información:

A las autoridades municipales (Alcalde, Secretario de salud, etc.), a las familias y personas adultas mayores participantes se les hizo entrega de un documento con la descripción de la encuesta, sus objetivos, su duración, los usos que se le pretenden dar a la información y los mecanismos que garantizan la confidencialidad de la información obtenida. Este documento incluía datos sobre los investigadores y su ubicación en caso que de ser requerida.

b. Garantía de Confidencialidad:

El personal de campo que participó en el estudio firmó un documento conjuntamente con los investigadores, en el cual quedó establecido su compromiso de acatar los principios éticos que aquí se definen. Los aspectos éticos hicieron parte de la capacitación programada para el personal de campo. Adicionalmente, no se guardó información sobre identificación personal de los participantes en archivos computarizados.

c. Consentimiento Informado:

Se presentó el consentimiento informado que fue firmado en forma individual por las personas cuidadoras y las personas adultos mayores sin deterioro cognitivo que les impidiera participar en la entrevista, según los criterios de inclusión descritos previamente. Además, en el consentimiento se registró la firma del encuestador y de un testigo presencial.

Antes de iniciar la encuesta/entrevista, este consentimiento fue leído por el encuestador a la persona adulta mayor y/o persona responsable y sólo se procedió a su firma una vez el encuestador se cercioró que la persona tenía claro el significado y la intencionalidad del mismo. (Anexos 7, 8, 9 y 10)

8. RESULTADOS

8.1. Caracterización laboral, demográfica y socioeconómica de las personas cuidadoras institucionales

En la caracterización se visitaron 194 instituciones durante el recorrido de las cuatro ciudades en las cuales se aplicaron 536 encuestas. Se hicieron en promedio 3 visitas por institución para cumplir con el propósito de encuestar a todas las personas cuidadoras institucionales vinculadas. Es importante aclarar que se buscaron y contactaron un número mayor de instituciones en las cuales no se logró aplicar la encuesta, en ocasiones debido al rechazo de sus directores, a la dificultad para encontrar a la persona encargada de autorizar el ingreso, al cambio de domicilio sin posibilidad de rastreo por otros medios y a la inexistencia física de instituciones que estaban registradas en las bases de datos.

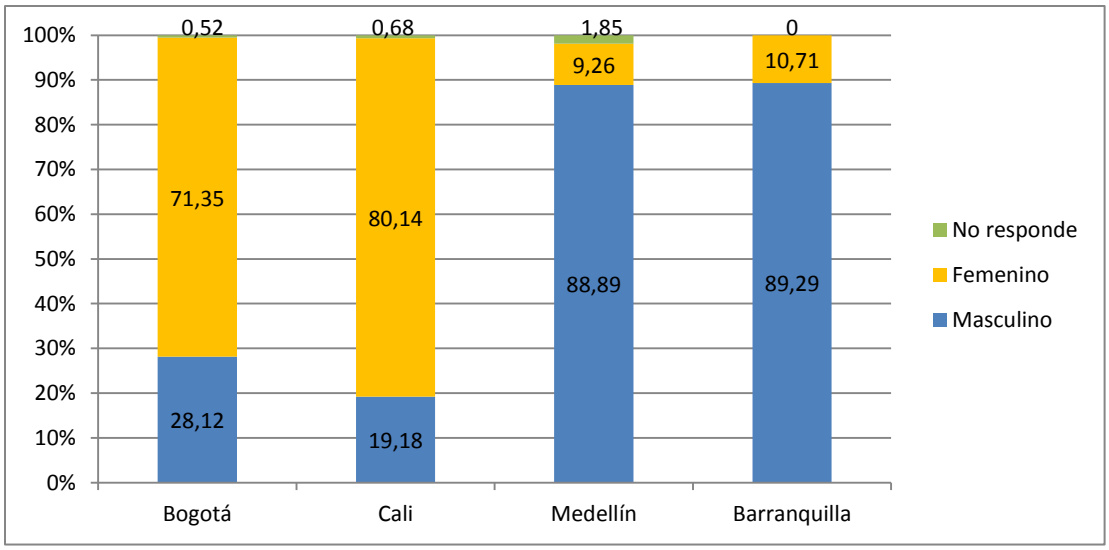
Cuadro 1. Relación del Número de instituciones vinculadas en el trabajo de campo

Ciudad	Instituciones contactadas	Instituciones efectivas	Encuestas realizadas
Cali	**77**	**50**	**146**
Bogotá	**117**	**78**	**197**
Barranquilla	**28**	**20**	**85**
Medellín	**78**	**46**	**108**
TOTAL	**300**	**194**	**536**

a. Características demográficas de las personas cuidadoras institucionales

Las características sociodemográficas de las personas identificadas como cuidadoras en las instituciones en cada una de las cuatro ciudades principales del país mostraron el siguiente comportamiento: Bogotá y Cali presentan la mayoría de las personas cuidadoras de sexo femenino, mientras que Medellín y Barranquilla mostraron mayor presencia de sexo masculino. Es importante registrar que en Barranquilla el cuidado que depende de recursos captados por el ente territorial tiene una dinámica administrativa que ubica las actividades de cuidado únicamente en alimentación para personas adultas mayores autónomas, por tanto la presencia mayoritaria de hombres en el cuidado institucional en esta ciudad debe estudiarse con detalle considerando esta dinámica administrativa.

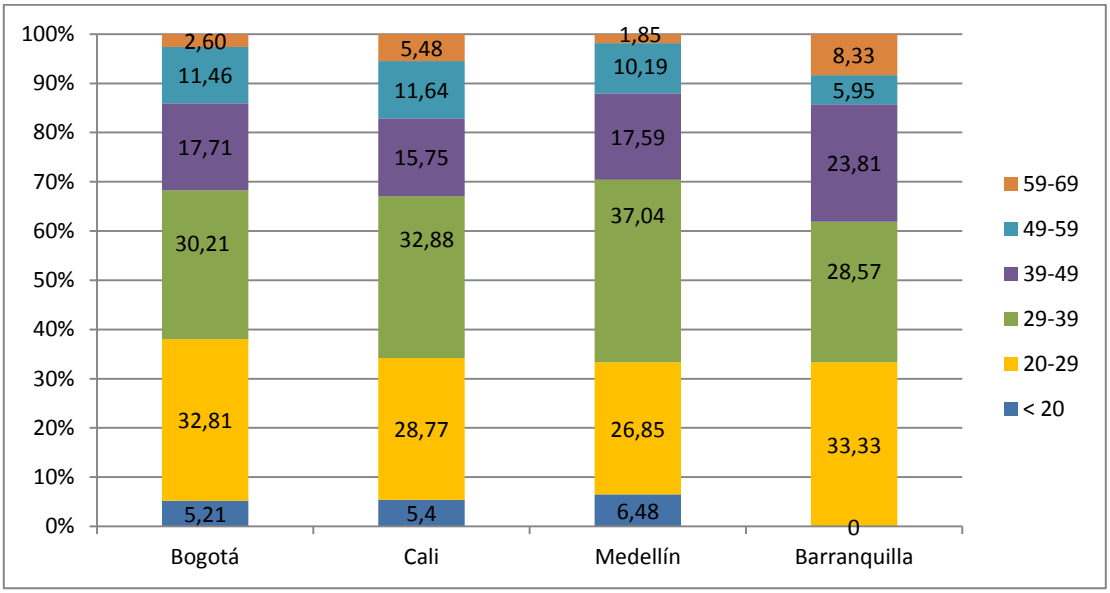
Grafico 8. Sexo



Al medir la variable edad, se encontró que la mayoría de las personas dedicadas a las actividades de cuidado en cada una de las cuatro ciudades incluidas en el estudio se encuentran en edad de trabajar según lo establecido en las mediciones que realiza el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE en la Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH.

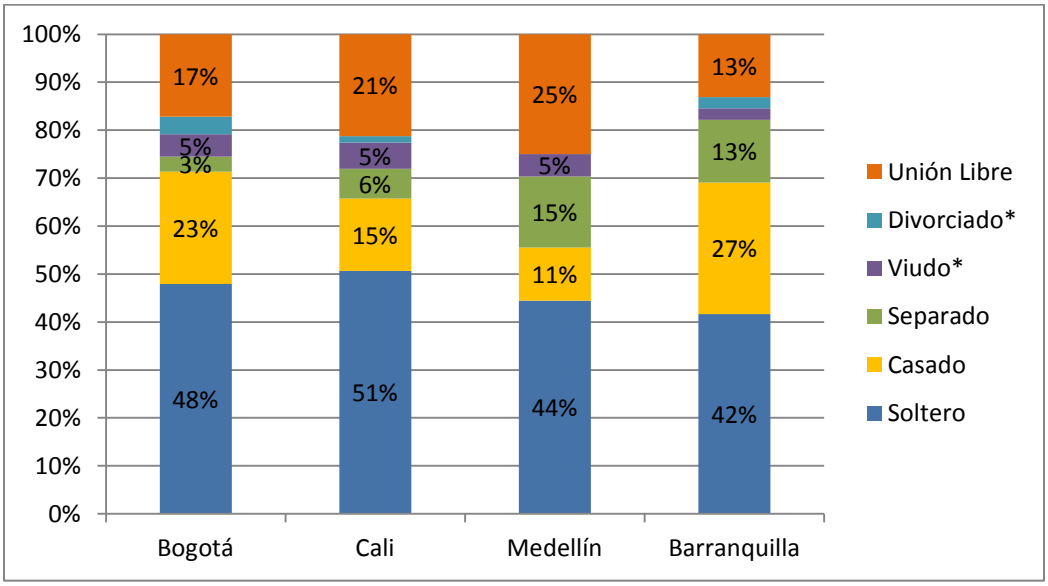
El grupo más amplio de personas cuidadoras se encuentra entre 20 y 40 años de edad. (Anexo 11: Tabla 1. Frecuencias variables sociodemográficas)

Grafico 9. Rangos de edad



Al preguntar por el estado civil de las personas cuidadoras que se encontraron en las instituciones, se encontró que alrededor del 45% son solteras. En cuanto a la pertenencia étnica, para las cuatro ciudades menos del 5% de las personas cuidadoras refirió tener alguna pertenencia étnica, esta última variable presentó dificultades en su medición dado que la mayoría de los encuestados asumieron la pertenecía étnica como minoría étnica (de acuerdo a los diarios de campo de los encuestadores), es importante registrar que esta pregunta en el cuestionario no tenía opciones de respuesta por tanto se dependía completamente del conocimiento del encuestado al momento de contestar.

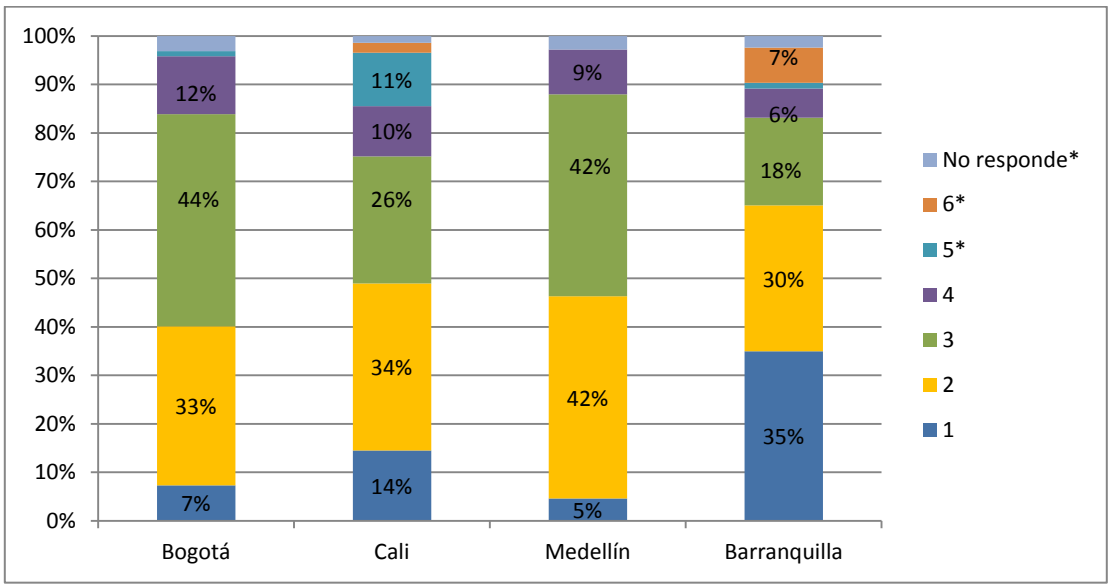
Grafico 10. Estado Civil



*Los porcentajes de estas categorías que están por debajo del 2% no aparecen en la gráfica, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

El estrato socioeconómico del barrio de residencia para la mayoría de las personas cuidadoras pertenecen a los estratos 2 y 3 en Cali, Bogotá y Medellín; mientras en Barranquilla el 34.9% de las personas cuidadoras pertenece al estrato 1. (Anexo 11: Tabla 1).

Grafico 11. Estrato socioeconómico

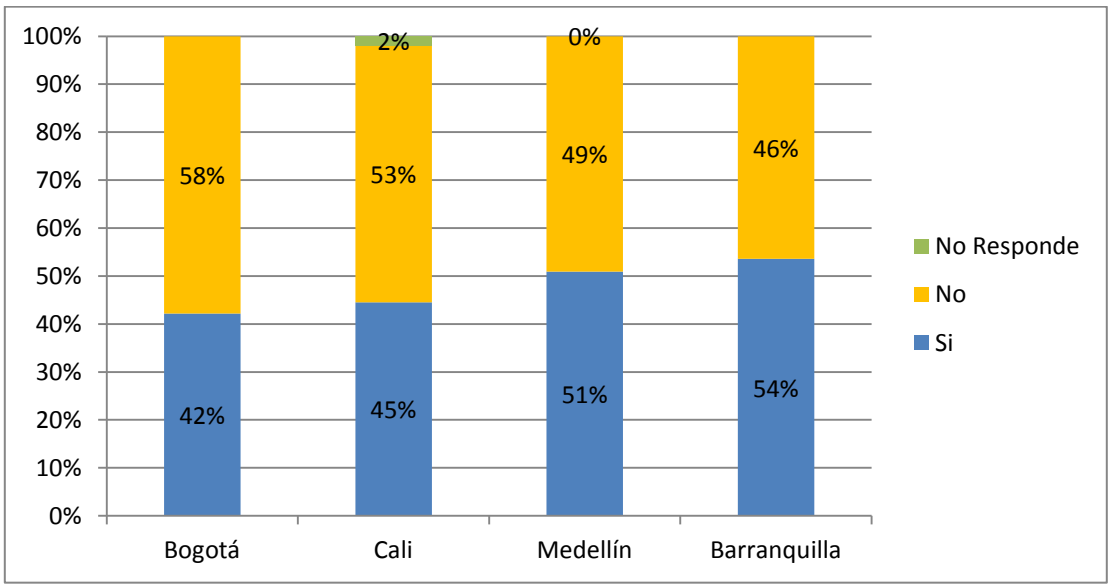


*Los porcentajes de estas categorías que están por debajo del 3% no aparecen en la gráfica, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo

Tomando la definición que publica el DANE en el documento donde presenta el Glosario para la GEIH, la jefatura del hogar se establece teniendo en cuenta: 1. La consideración subjetiva por parte de los miembros del hogar al establecer la persona como “Jefe del Hogar”. 2. La persona que dentro del hogar aporta la mayor parte de la manutención, de acuerdo a los ingresos aportados.

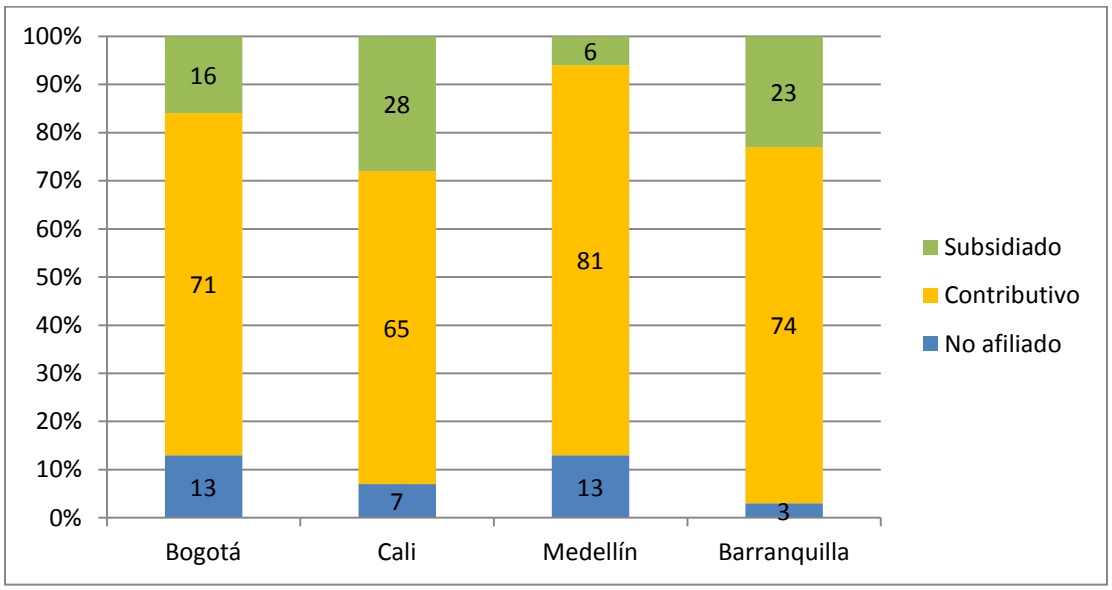
El comportamiento de la variable que buscaba identificar la proporción de personas cuidadoras que ejercen el rol de jefes de hogar mostro que en Bogotá y Cali un poco menos del 45% asumen este rol, mientras en Medellín y Barranquilla esta proporción toma valores por encima del 50%.

Grafico 12. Personas cuidadoras que tiene el rol de jefe del hogar



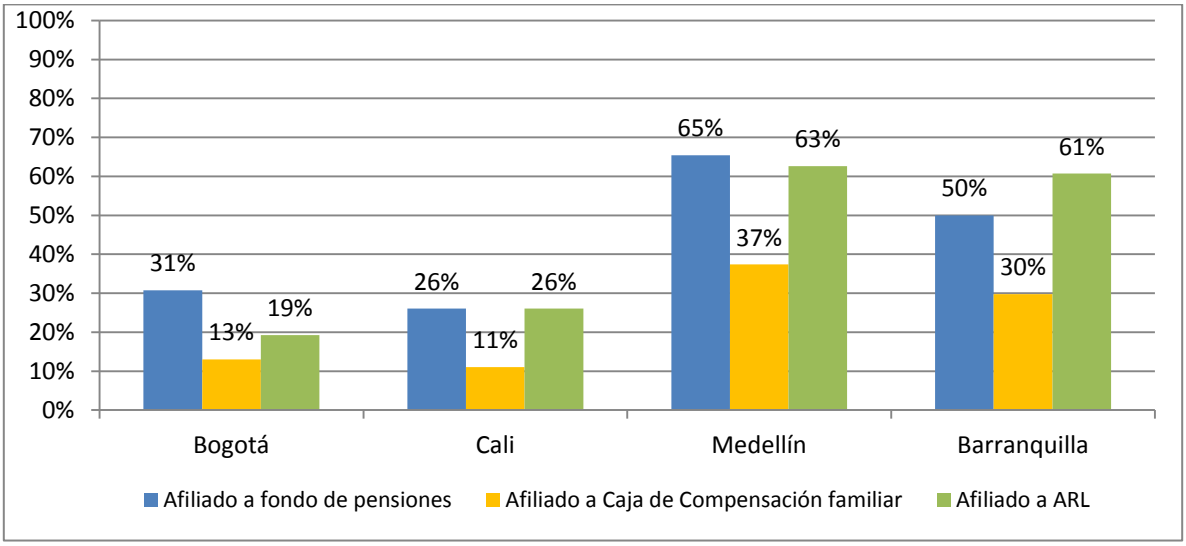
Al preguntar a las personas cuidadoras por su afiliación a seguridad social se encontró que en Bogotá y Medellín aproximadamente el 13% no cuentan con afiliación a ningún régimen de salud, esta proporción en Cali y Barranquilla mostró valores por debajo del 7%. Se observó también que la afiliación al régimen contributivo es mayor que al régimen subsidiado en las cuatro ciudades.

Grafico 13. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud



Aproximadamente el 60% de las personas cuidadoras de Barranquilla y Medellín reportaron estar afiliados a fondo de pensiones - AFP, mientras que en Bogotá y Cali esta proporción estuvo por debajo del 26%. Las variables que midieron la afiliación a Caja de compensación y Aseguradora de Riesgos Laborales mostraron un comportamiento similar al descrito de la AFP, Barranquilla y Medellín cuentan con proporciones de afiliación más altas que Bogotá y Cali.

Grafico 14. Personas cuidadoras institucionales con afiliación AFP, ARL y Caja de compensación familiar

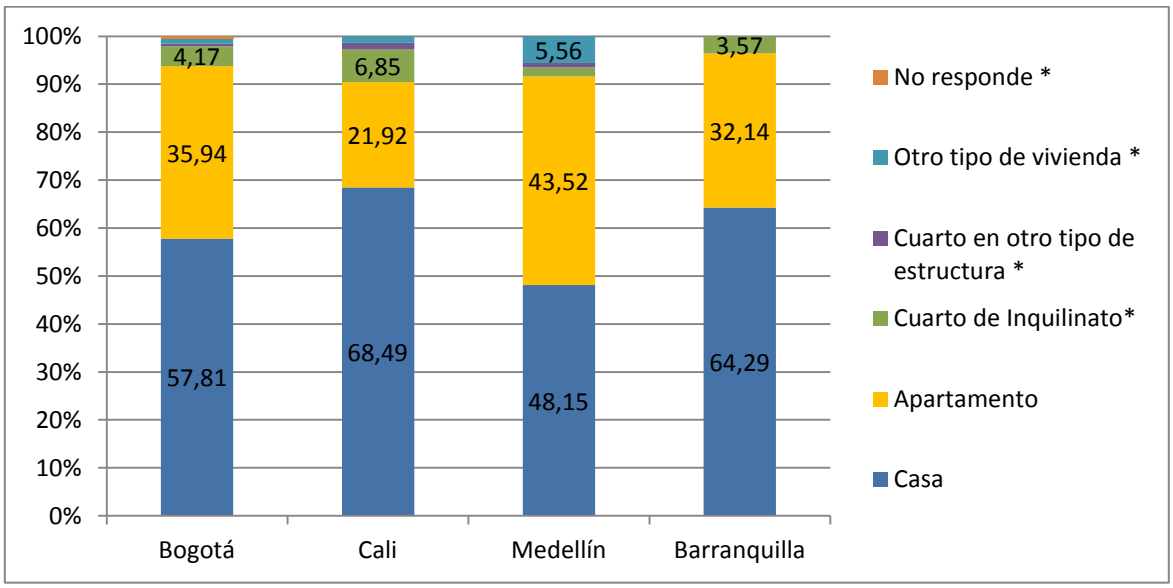


b. Características de la vivienda

En las cuatro ciudades más del 80% de las personas cuidadoras reportaron que viven en una casa o apartamento. Aproximadamente un 50% de los encuestados en Bogotá, Cali y Medellín residen en viviendas arrendadas, en Barranquilla el porcentaje que corresponde a esta categoría es de 36%. (Anexo 11: Tabla 2)

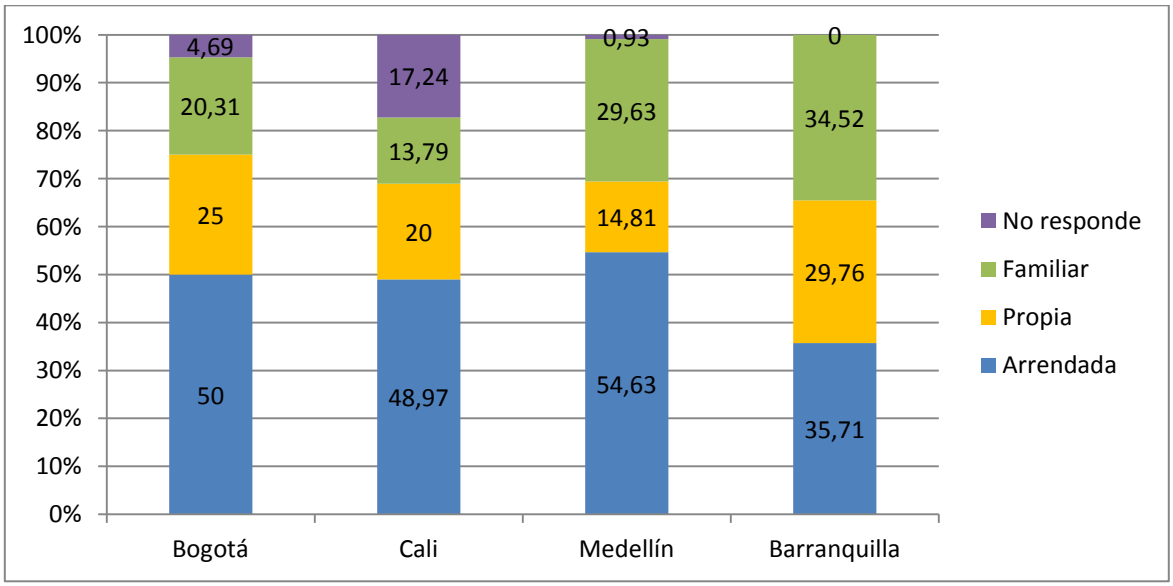
En general las condiciones de los materiales de construcción de las viviendas de las personas cuidadoras son adecuadas. Más del 90% de las viviendas cuentan con paredes en bloque, ladrillo o piedra; más del 70% de las viviendas tienen con pisos de baldosa, vinilo o tableta, más del 90% de las viviendas cuentan con todos los servicios públicos de agua, energía, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras. De acuerdo con lo reportado por los encuestados menos del 8% de viviendas se encuentran ubicadas en zonas de riesgo ambiental. (Anexo 11: Tabla 2)

Grafico 15. Tipo de vivienda



*Los porcentajes de estas categorías que están por debajo del 2% no aparecen en la gráfica, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

Grafico 16. Clase de vivienda



Cuadro 2. Características físicas de la vivienda donde residen las personas cuidadoras institucionales

	Bogotá	Cali	Medellín	Barranquilla
MATERIAL DE LAS PAREDES				
Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida.	97,92	94,52	93,52	100
Material prefabricado	1,56	0,68	2,78	0
Tapia pisada/bahareque revocado.	0	2,74	1,85	0
Bahareque sin revocar	0,52	0	0,93	0
Madera burda, Cuadro, tablón	0	0	0,93	0
Guadua, caña, esterilla	0	0,68	0	0
Zinc, tela, lona, cartón, plástico	0	0	0	0
Sin Paredes	0	0	0	0
No responde	0	1,37	0	0
MATERIAL DE LOS PISOS				
Mármol, parque, madera pulida y lacada	1,04	6,16	3,7	3,57
Alfombra o tapete de pared a pared	1,56	0	0,93	---
Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida.	91,15	77,4	77,78	82,14
Madera burda, Cuadro, tablón	1,56	0,68	0	1,19
Cemento, gravilla.	4,69	14,38	17,59	13,1
Tierra, Arena	0	0	0	0
No responde	---	1,37	---	---
SERVICIOS PÚBLICOS				
Energía	99,48	100	100	100
Gas	96,35	86,99	90,74	100
Acueducto	100	99,32	100	100
Alcantarillado	100	97,26	100	100
Recolección de basura	99,48	96,58	100	100
VIVIENDA EN ZONA DE RIESGO				
Si	7,29	8,22	3,7	3,57
No	92,19	86,99	96,3	96,43
No responden	0,52	4,79	---	---

Referente a las características de condición socioeconómica en el hogar, más del 60% de los hogares de las personas cuidadoras trabajan uno o dos integrantes; en la mayoría de los hogares de las personas encuestadas no hay miembros que estén recibiendo subsidios.

El ingreso reportado por la mayoría de las personas cuidadoras en las cuatro ciudades reportaron ingresos familiares está entre dos y menos de cuatro salarios mínimos legales vigentes (Anexo 11: Tabla 2)

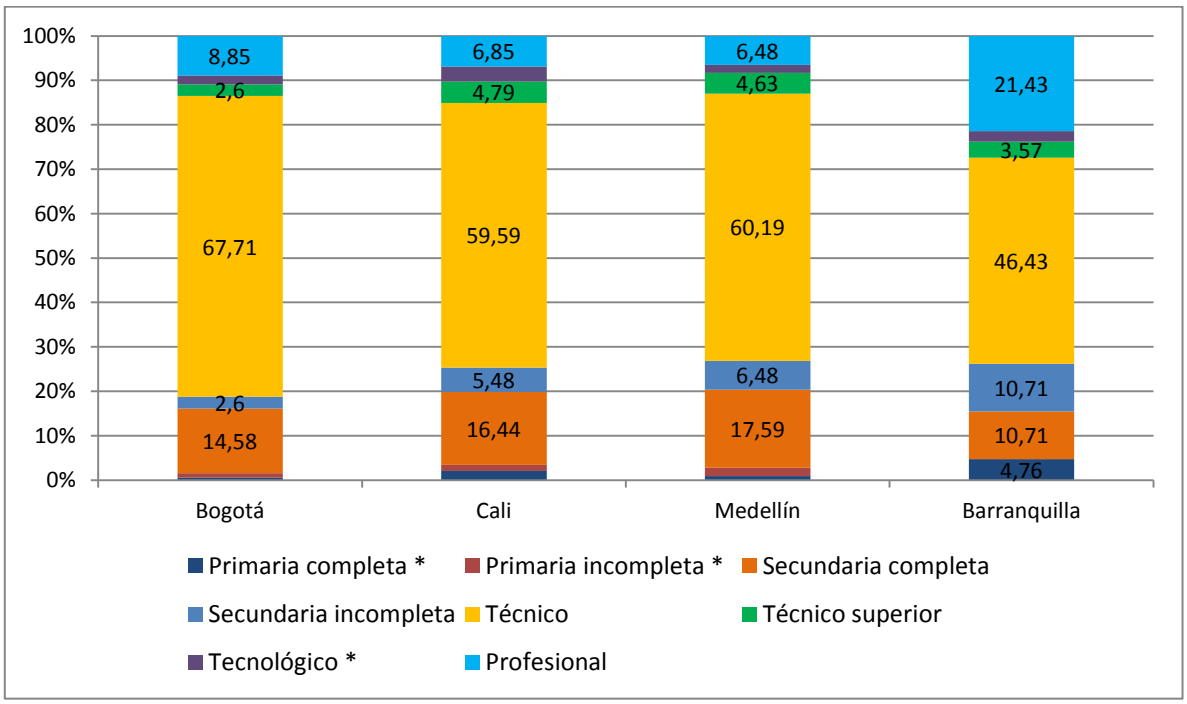
c. Educación

En el capítulo de educación se definieron variables para evaluar el nivel educativo actual y la formación relacionada con el cuidado. La primera variable evaluada fue ¿Usted sabe leer y escribir?, para población mayor de 15 años en Colombia la tasa de analfabetismo es de 5,7% según los reportes del DANE en los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida - ECV 2013, se encontró que las personas dedicadas al cuidado en instituciones en cada una de las cuatro ciudades incluidas en el estudio, reportaron un porcentaje menor que el calculado por el DANE para Colombia en 2013. (Anexo 11: Tabla 3)

El máximo nivel de estudios alcanzado, fue otra de las variables evaluadas en el estudio, se observó que las personas cuidadoras tienden a tener con mayor frecuencia nivel técnico de formación. Los resultados para cada ciudad mostraron que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel técnico para Bogotá, Medellín y Cali, esta proporción está por encima del 60% mientras para Barranquilla está por debajo del 50%; en esta última es importante resaltar que la proporción de personas cuidadoras con nivel profesional es de 21%, siendo considerablemente más alto que la proporción encontrada para este nivel de estudio en las otras tres ciudades. (Anexo 11: Tabla 3)

Dado que el nivel educativo con la proporción más alta encontrada en cada ciudad fue la formación técnica, se revisó en detalle el listado de programas técnicos que refirieron estas personas, se logró realizar una clasificación que mostró una tendencia hacia los programas de auxiliar de enfermería, es decir porcentajes alrededor del 70% indicando este tipo de programas. Es importante resaltar que en Medellín el 24% y en Cali el 11% de las personas cuidadoras refirió un programa de formación técnica relacionado con el cuidado de las personas adultas mayores.

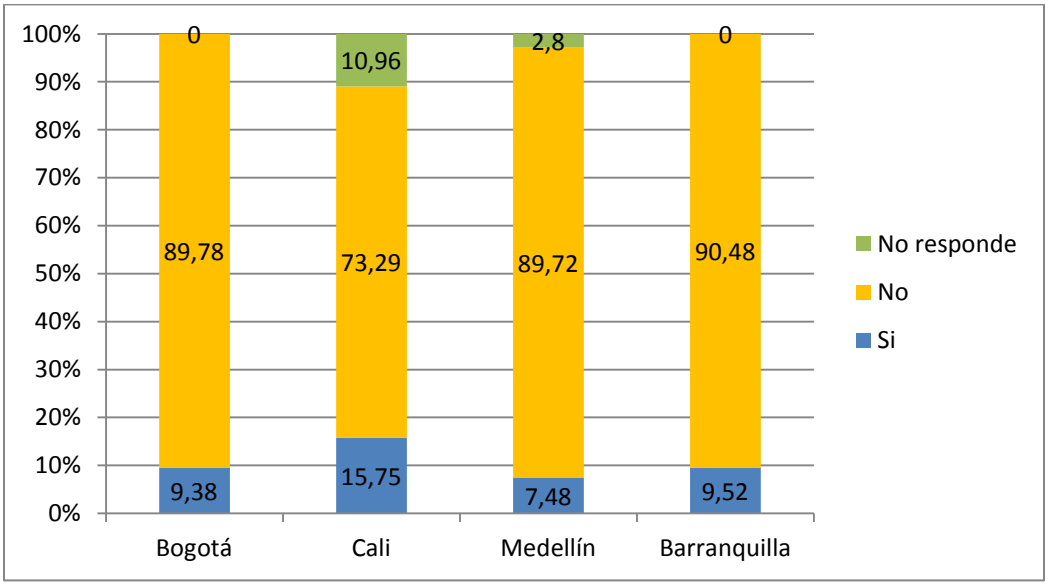
Grafico 17. Nivel de escolaridad de las personas cuidadoras institucionales



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la grafica están por debajo del 3%, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

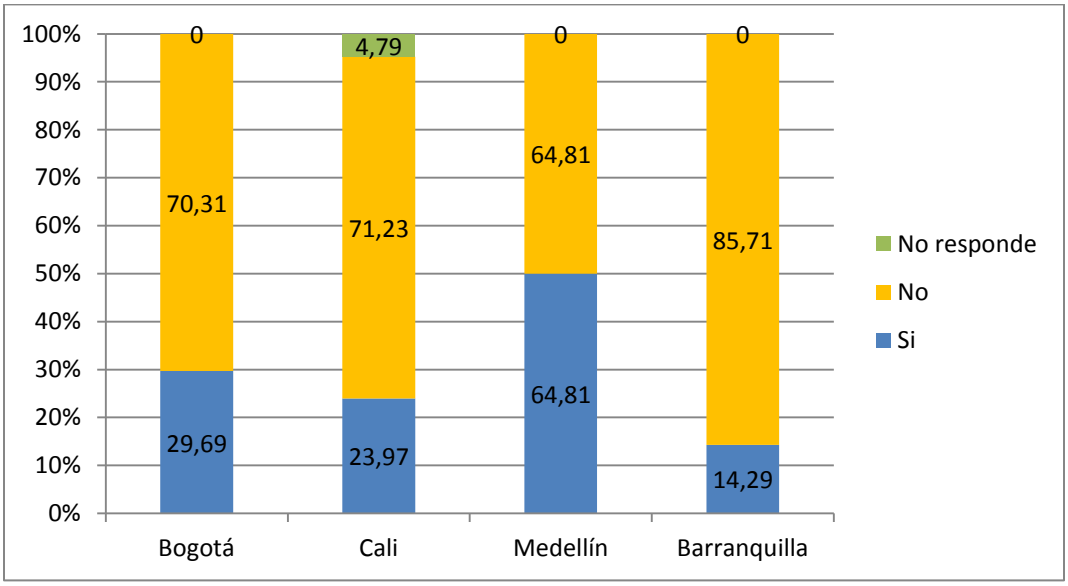
En el estudio se consideraron variables orientadas a identificar la proporción de personas cuidadoras que actualmente estuvieran adelantando estudios para aumentar el nivel de escolaridad o para mejorar su capacitación respecto al cuidado de personas adultas mayores, se encontró que menos del 15% asisten actualmente a un programa de educación formal. Se resalta en Cali el porcentaje de personas que se abstuvieron de contestar la pregunta, cuando se hizo el ejercicio de control de trabajo de campo se verificó que estas personas le manifestaron al encuestador que no deseaban contestar, en algunos casos se logró identificar que el motivo de no contestar estaba relacionado con la asistencia a las reuniones programadas por el ente territorial era parte de su formación aunque estas solo fueran socialización de normas o eventos.

Grafico 18. Actual asistencia a programas de educación formal por parte de las personas cuidadoras institucionales



Más del 70% de las personas cuidadoras en las cuatro ciudades reportó no haber recibido capacitación en cuidados de las personas adultas mayores por parte de una institución de educación formal. En el sector de educación para el trabajo, el 45% de las personas cuidadoras reportó no haber recibido este tipo de formación relacionada con cuidado de personas adultas mayores. También manifestaron que la dificultad más frecuente para acceder a capacitación sobre el cuidado de población mayor de 60 años es el alto costo de los programas.

Grafico 19. Búsqueda de programas de formación orientados al cuidado de personas adultas mayores



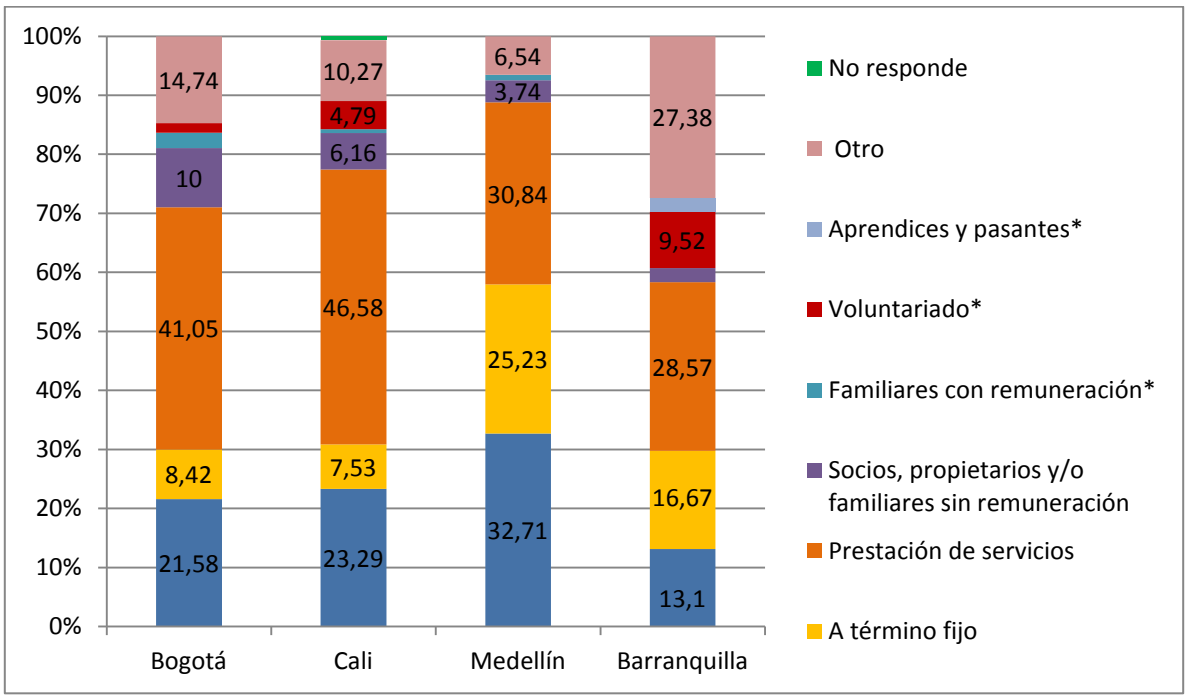
d. Condiciones de empleo

En relación con las condiciones de empleo y de trabajo de las personas cuidadoras se encontró que la variable de tipo de vinculación con la institución de cuidado tiene un comportamiento diferente en cada ciudad.

En Bogotá la forma de vinculación más frecuente corresponde a la prestación de servicios (41%), igual en Cali (47%). Mientras en Medellín se observo que tres opciones de respuesta para esta variable tenían porcentajes cercanos en la distribución, así: contrato a término indefinido (33%), prestación de servicios (31%) y contrato a termino fijo (25%). En Barranquilla la variable de tipo de vinculación mostró que las proporciones más altas corresponden a la prestación de servicios (28%) y a otro tipo de vinculación como el acuerdo verbal (27%).

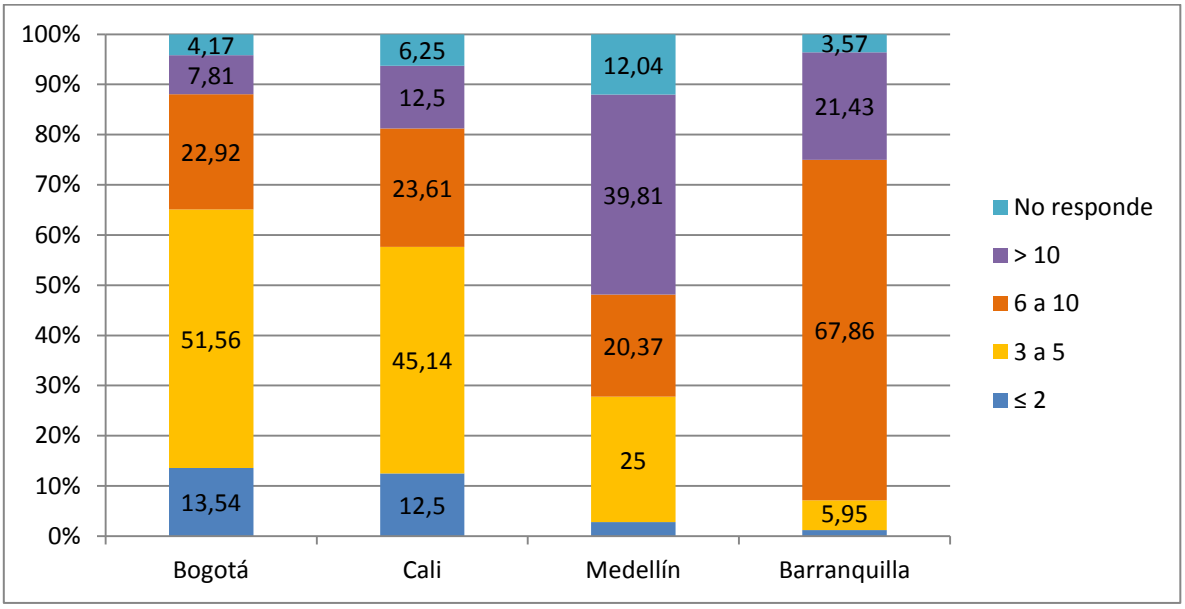
De manera coherente con el tipo de vinculación laboral con la institución, en Bogotá, Cali y Barranquilla el principal responsable de la afiliación a seguridad social en salud es el mismo trabajador y no la institución que lo contrata, mientras en Medellín el 62% reportó la institución como responsable de esta afiliación. (Anexo 11: Tabla 4)

Grafico 20. Tipo de vinculación de personas cuidadoras a las instituciones



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la gráfica están por debajo del 3%, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

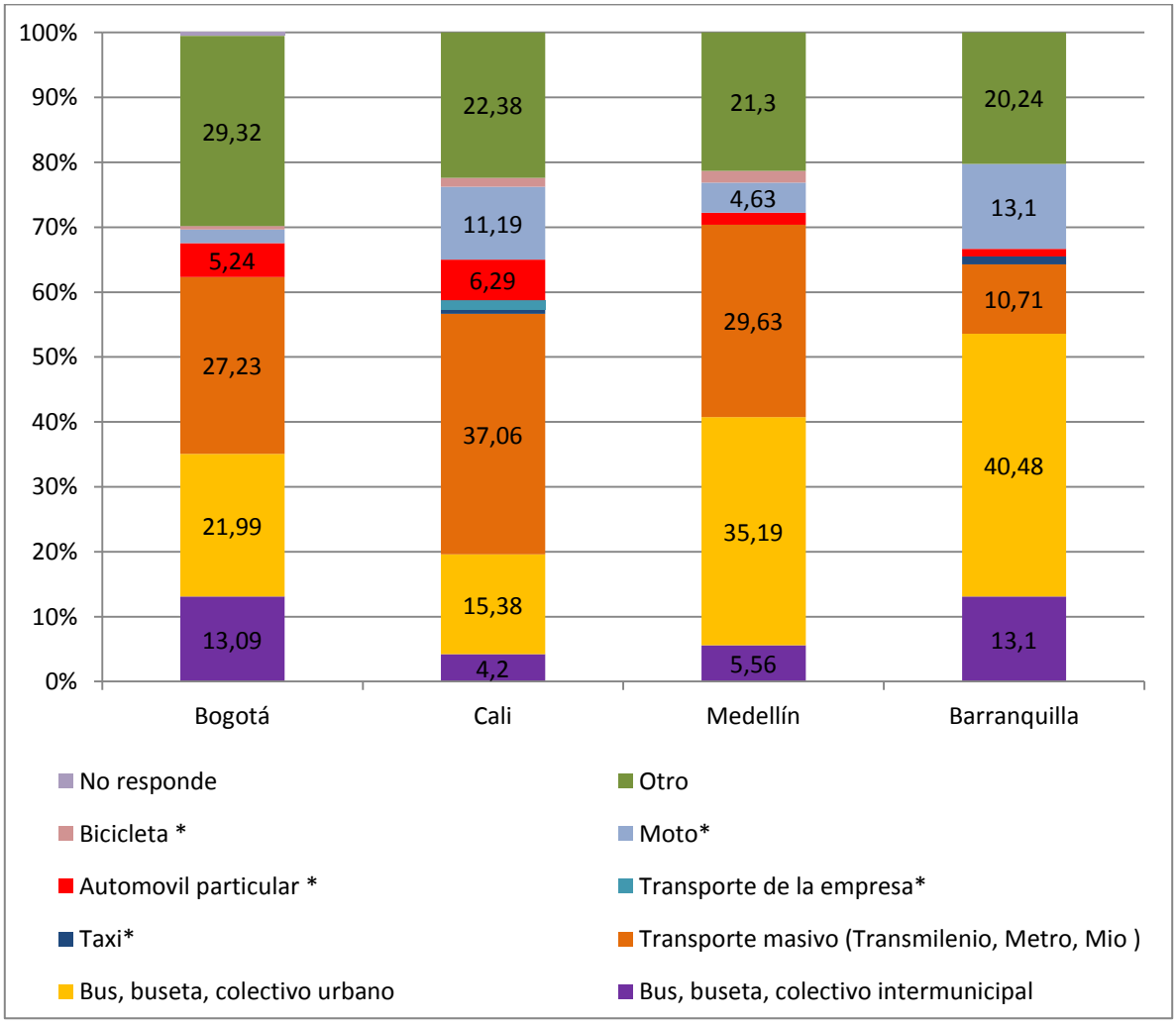
Grafico 21. Personas contratadas en las instituciones de cuidado



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la gráfica están por debajo del 3%, estos valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

El principal medio de transporte reportado por los encuestados en las cuatro ciudades es el transporte público, ya sea en bus, buseta o los sistemas de transporte masivo. Esto fue reportado por más del 55% de las personas cuidadoras encuestadas en las 4 ciudades. Principales del país (Anexo 11: Tabla 4).

Grafico 22. Medio de transporte que utilizan las personas cuidadoras para desplazarse a sus lugares de trabajo



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la columna están por debajo del 3%, los valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

En este capítulo de la encuesta se indagó por las condiciones de empleo, una de las variables planteadas hacía referencia a la cantidad de horas laborales, los resultados muestran que cerca del 70% de las personas cuidadoras en cada una de las ciudades reportaron trabajar 40 horas o más semanalmente.

Otro registro al preguntarles si desean trabajar más horas en la semana se halló que más del 20% de personas dedicadas a las actividades de cuidado en Cali, Bogotá y Barranquilla desean hacerlo. Además en Cali y Bogotá aproximadamente el 43% manifestaron estar disponibles para trabajar horas adicionales, en Barranquilla la respuesta afirmativa sobre esta disponibilidad fue del 63%.

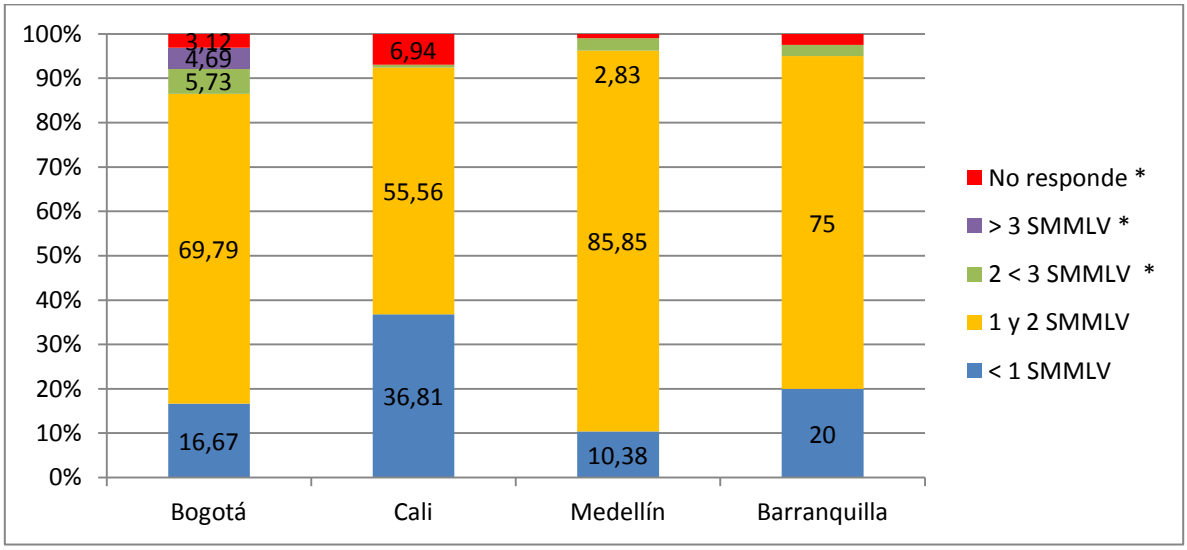
Entre las condiciones de empleo, se preguntó también por el deseo de cambiar de empleo, aproximadamente el 15% de ellos en cada una de las cuatro ciudades manifestó que si y la principal razón para esto, fue el mejoramiento de los ingresos, registro encontrado en más del 40% de los reportes en las cuatro ciudades. (Anexo 11: Tabla 4)

Más del 80% de las personas cuidadoras en cada una de las cuatro ciudades informaron sentirse muy satisfechos o satisfechos con su trabajo (Bogotá: 93%, Cali, 89%, Medellín: 93% y Barranquilla 97%). Entre las principales razones para sentirse satisfecho en el trabajo se reportó por los encuestados el número de horas, la posibilidad de aplicar sus conocimientos, los ingresos, los beneficios laborales y la jornada laboral. (Anexo 11: Tabla 4)

En general las personas cuidadoras consideran que su empleo actual es estable, tambien afirmaron no desear realizar una actividad diferente a la del cuidado de la persona adulta mayor, las proporciones para esta ultima variable en cada una de las ciudades fue Bogotá: 86%, Cali: 78%, Medellín: 93% y Barranquilla 89%.

Al preguntarles a los encuestados por el rango en el que se encontraba el valor del ingreso obtenido por realizar actividades de cuidado, se encontró que la suma reportada por la mayoría de ellos en las cuatro ciudades está entre 1 y 2 SMMLV. (Anexo 11: Tabla 4)

Grafico 23. Ingreso de las personas cuidadoras institucionales por realizar las labores de cuidado



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la columna están por debajo del 3%, los valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo. El valor de referencia que se tomo el SMMLV es de $589.500.

El tiempo de dedicación a la actividad de cuidado se indago y en este aspecto los hallazgos son en cada una de las cuatro ciudades más del 50% de personas cuidadoras tienen más de 3 años de experiencia en el cuidado de personas adultas mayores. De manera complementaria a este tema, se trató de establecer la razón por la cual las personas cuidadoras habían iniciado la actividad de cuidado a la población mayor de 60 años, encontrando que en Bogotá y Barranquilla las proporciones más altas se presentaron en la opción de altruismo; en Medellín se identifico que el motivo más importante es gratitud y estima. Es importante reconocer también que la opción: Necesidad de empleo obtuvo la segunda proporción más alta, a diferencia de Cali donde esta opción se ubico en el primer lugar con 36% de respuestas de los encuestados. (Anexo 11: Tabla 4)

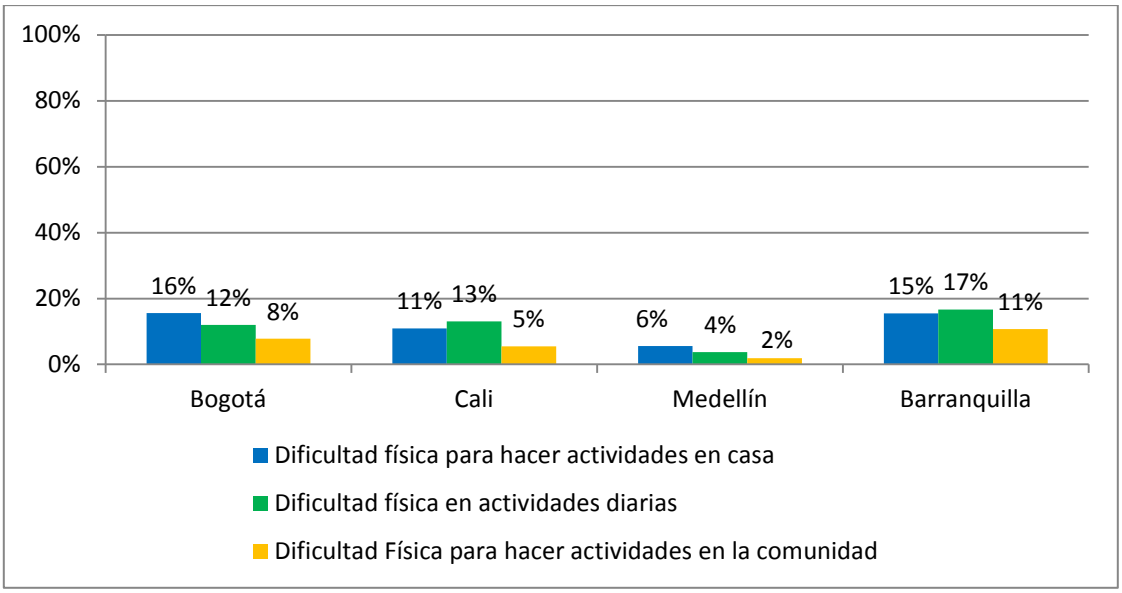
Entre las principales actividades en la labor de cuidado, de los encuestados, más del 90% reportaron las correspondientes a las actividades básicas, ABVD- B, enmarcadas en

actividades de asistencia para el baño, alimentación, vestido y suministro de medicamentos. (Anexo 11: Cuadro 4)

e. Condiciones de discapacidad

Respecto a las condiciones de discapacidad física presentes en las personas cuidadoras en las cuatro ciudades del estudio, se encontró que en Bogotá y Barranquilla alrededor del 16% presentan dificultad física para hacer actividades en la casa. La dificultad física para realizar actividades diarias presentó la mayor proporción en Barranquilla con 17% de las personas encuestadas, de igual forma en Barranquilla también se reportó la proporción más alta de personas cuidadoras con dificultad física para hacer actividades en comunidad. Sintetizando los resultados de este capítulo, se puede decir que estas dificultades reportadas en las cuatro ciudades reportaron valores por debajo del 20%.

Grafico 24. Dificultades físicas de las personas cuidadoras



Cuadro 3. Nivel de interferencia de las dificultades físicas

	Bogotá	Cali	Medellín	Barranquilla
QUÉ TANTO LAS DIFICULTADES HAN INTERFERIDO EN SU VIDA	%	%	%	%
No ha interferido	7,14	5,56	0	28,57
Leve	46,43	44,44	33,33	21,43
Moderada	25	27,78	50	35,71
Severa	14,29	11,11	16,67	14,29
Extrema	7,14	5,56	0	---
No Responden	0	5,56	0	---
QUÉ TANTO HA AFECTADO AL CUIDADOR EMOCIONALMENTE SU SITUACIÓN DE SALUD				
No ha interferido	14,29	10,87	8,33	17,39
Leve	35,71	15,22	25	21,74
Moderada	7,14	8,7	16,67	13,04
Severa	9,52	4,35	0	8,7
Extrema	0	2,17	0	0
No Responden	33,33	58,7	50	39,13

Sobre la necesidad de usar equipos o aparatos protésicos para la realización de actividades, alrededor del 20% de las personas cuidadoras de Barranquilla, Bogotá y Medellín afirman necesitarlos, de manera similar se comportó la variable que indagó por el uso de aparatos para ver mejor. Más del 98% de las personas cuidadoras en las cuatro ciudades del estudio no requieren de aparatos para escuchar mejor. (Anexo 11. Tabla 5)

Cuadro 4. Aparatos protésicos

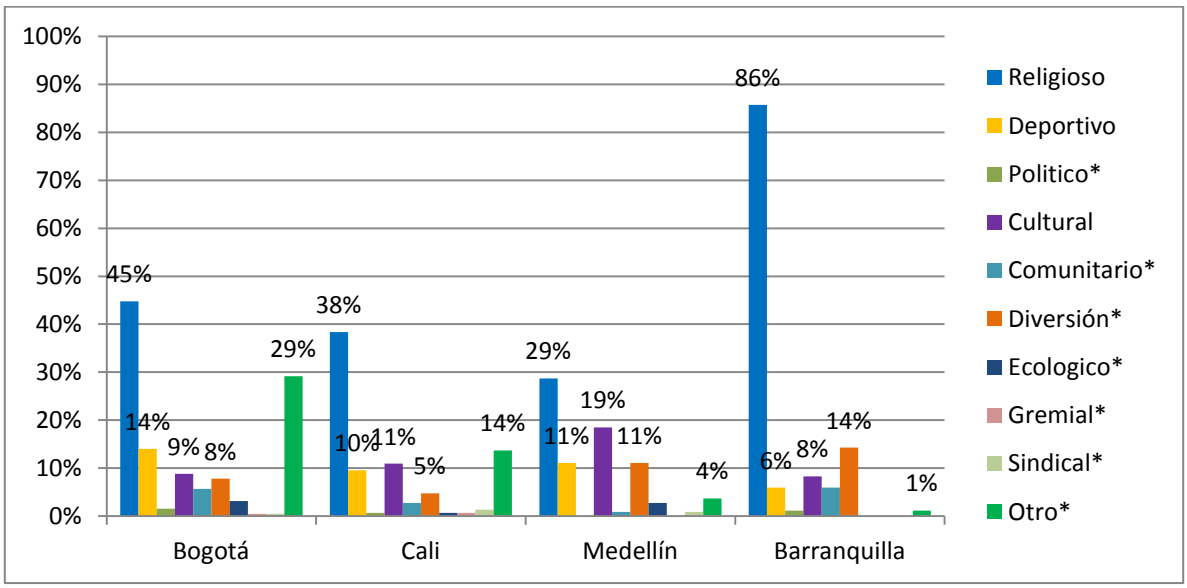
	Bogotá	Cali	Medellín	Barranquilla
Necesita de un aparato para realizar actividades	21,88	13,01	19,44	23,81
Dispone de los aparatos	20,31	17,12	19,44	25
Necesita aparatos para escuchar mejor	1,04	0,68	0	1,19
Ha usado aparatos auditivos	2,08	0	0,93	0
Ha usado aparatos para la ver mejor	22,4	26,71	22,22	42,86
Tiene dificultad para ver aun con aparatos	7,29	10,96	7,41	7,14

f. Redes de apoyo para la actividad de cuidado

Este capítulo de la encuesta pretendía establecer la participación de la persona cuidadora en diferentes espacios de asociación natural de las personas y dentro de ellos poder identificar los que estuvieran relacionados con la actividad de cuidado. Se encontró que la dinámica asociativa por ciudad tiene sus características particulares, sin embargo se pudo observar una tendencia a pertenecer a grupos religiosos en las cuatro ciudades del estudio, resaltando el registro de 86% de participación en la ciudad de Barranquilla.

Se encontró además, que el 75% de los encuestados en las ciudades del estudio reportaron no participar en grupos deportivos, se presento una participación menor al 10% en grupos culturales y deportivos.

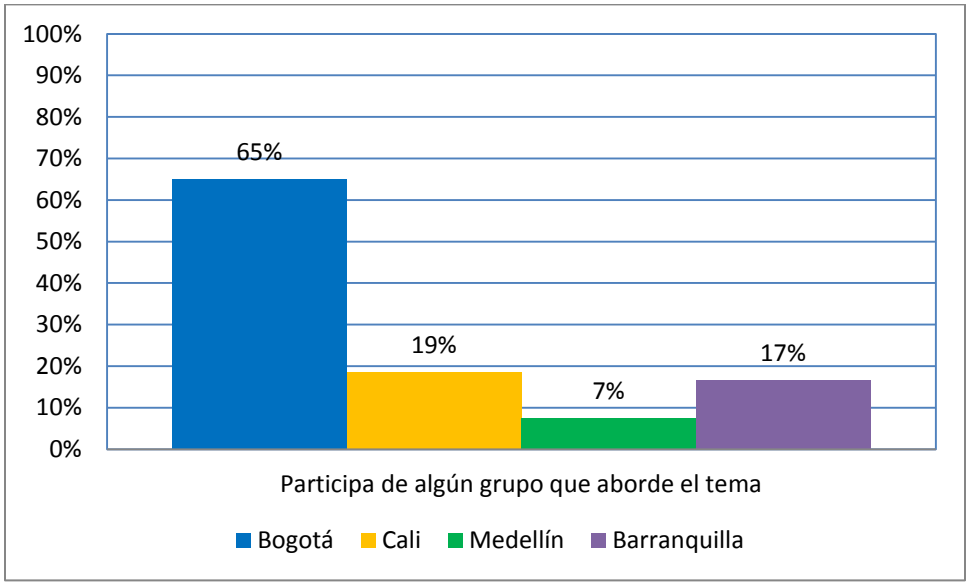
Grafico 25. Participación en grupos sociales



*Los porcentajes de estas categorías que no aparecen en la gráfica están por debajo del 6%, los valores no se ubican dentro del gráfico porque dificultan la lectura del mismo.

Se encontró que el 65% de las personas cuidadoras de Bogotá dicen participar en grupos que abordan el tema de la persona adulta mayor, para las otras ciudades esta proporción se presentó por debajo del 20%. (Anexo 11: Tabla 6)

Grafico 26. Participación en grupos que aborden el tema de cuidado a personas adultas mayores

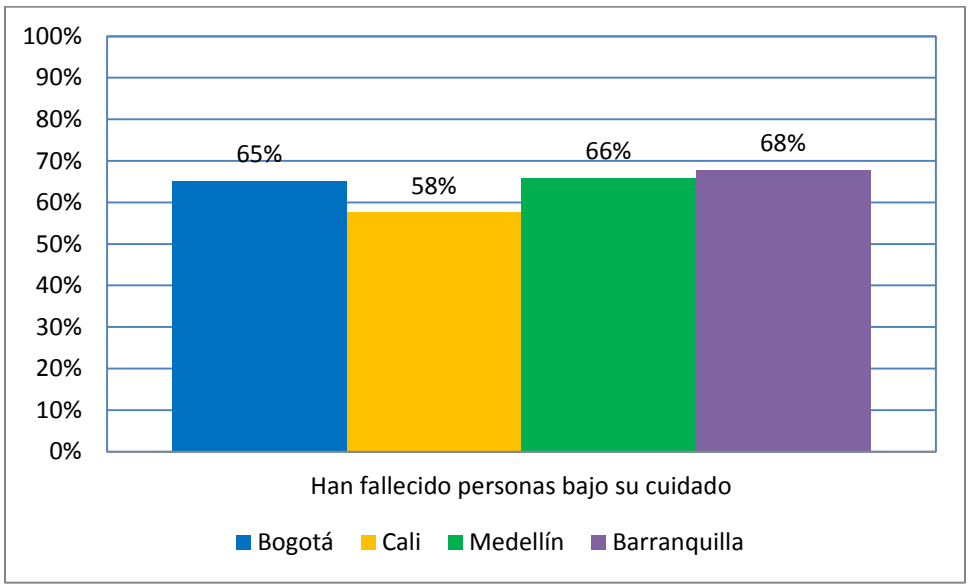


En este apartado de la encuesta se pregunto de manera complementaría por la vivencia de experimentar el fallecimiento de personas objetos de cuidado que están a su cargo en la labor de cuidado, de esto, se halló que más del 55% de las personas cuidadoras ha experimentado la pérdida de personas adultas mayores a su cuidado.

Sin embargo, ante esta situación, más del 70% en cada ciudad reportó no haber recibido ninguna clase de apoyo por parte de la institución.

Entre los que si recibieron apoyo, fue principalmente en acompañamiento psicológico, moral o emocional por parte del personal administrativo o profesional social de la institución. (Anexo 11: Tabla 6)

Grafico 27. Personas cuidadoras a quienes les han fallecido personas a cargo



8.2. Percepción de los personas cuidadoras institucionales

Como se describe en la Metodología de este estudio, se incluyeron **Centros de protección social para las personas adultas mayores** y **Centros de promoción para personas adultas mayores.** Las técnicas cualitativas como entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, que se trabajaron en campo en las ciudades de Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla, fueron las necesarias para describir las percepciones sobre el "cuidado institucionalizado" y sobre las "personas cuidadoras institucionales".

Cuadro 5. Número de Técnicas Cualitativas Realizadas

Ciudad	Entrevistas realizadas	Grupos focales realizados	# de Asistentes a los grupos focales
Cali	**23**	**1**	**5**
Bogotá	**12**	**1**	**6**
Barranquilla	**12**	**1**	**5**
Medellín	**12**	**2**	**18**
Total	59	5	34

En la relación presentada, (Cuadro 6) se observa que en la ciudad de Cali hay un mayor número de entrevistas semi – estructuradas dado que se incluyen las que se realizaron en el Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel donde se inició el trabajo de campo y permitió reconocer los diferentes actores que participan del cuidado de personas adultas mayores en instituciones, identificando así, a las personas en los roles de cuidador, sujeto de cuidado, personal administrativo y profesionales de apoyo al cuidado, llegando al punto de saturación de información: momento, en que, después de la realización de entrevistas y grupos focales, el material cualitativo aporta una totalidad de información que permite el análisis y el cumplimiento de objetivos. Tomando la recomendación de Callejo:

> *En el diseño de la investigación mediante entrevistas en profundidad, el papel estratégico principal corresponde a la selección de los informantes. Desde tal perspectiva, no importa tanto el número de los mismos sino las diferentes posiciones sociales ocupadas, con relación al fenómeno observado. Se trata de*

> *obtener el suficiente material para la comparación y la mutua corroboración de lo confesado, que tenderá a ser fragmentaria, sobre algunos aspectos. Se consigue así lo que desde distintas escuelas se ha denominado saturación* (CALLEJO, 2002)[4]

Después de reconocer el punto de saturación de información en Cali, se procedió a realizar en las otras ciudades un número menor de entrevistas. Es importante aclarar que la revisión de la guía para las entrevistas se hizo antes de iniciar el trabajo de campo en la Institución Fundación Vicentina Luisa de Marillac en la ciudad de Cali.

a. Subcategorías y percepciones: Prácticas Sociales del Cuidado

Conceptualización del concepto de prácticas:

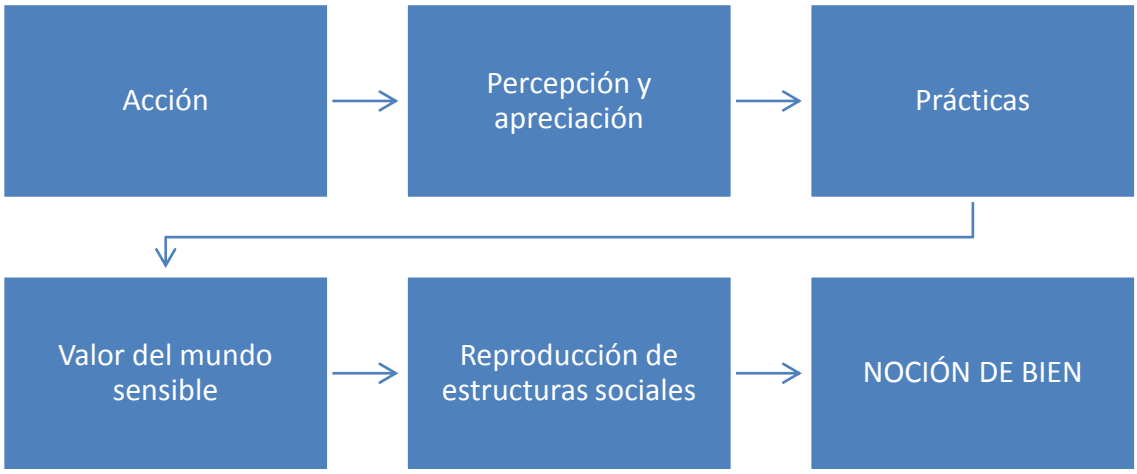
> *En Bourdieu (1991), la noción de práctica excede a la acción ante la existencia implícita de la percepción y de la apreciación. Según el autor, las prácticas están insertas en lógicas particulares y constituidas (en cuanto al sentido se refiere) a través de esquemas mediante los que se aprehende y valora el mundo sensible, utilizando como soporte la historicidad y la transformación en una génesis social. Pero del mismo modo, están dadas por las construcciones durables que provienen de las estructuras, las cuales a su vez son reproducidas y generadas por las prácticas, y por los espacios sociales que delimitan las representaciones propias de un campo, entendido éste como un espacio relacional de fuerzas encontradas entre agentes.* (VALENCIA, 2011)

Parafraseando a Sahlins (Sahlins, 1998; 1997) la práctica, de manera similar remite a la relación entre la acción humana y una estructura que en este caso es la relación que existe entre personas cuidadoras institucionales, administrativos(as) de centros de atención (protección, promoción) a personas mayores y las personas mayores sujetos del cuidado. La práctica que está determinada por —categorías recibidas que en este caso son redes de apoyo, sobrecarga laboral y prácticas del cuidado tendrían lugar en

[4] En los apartados cualitativos, se decide diferenciar las entrevistas de las citas bibliográficas de la siguiente forma: los párrafos son extractos directos de lo que dice el autor, y son mayores a tres líneas tendrán una sangría de 0,5cm, con un tamaño de letra de Arial 10; los fragmentos de entrevistas mayores de 3 líneas se diferenciaran con una sangría de 1cm. El tamaño de letra será el normal del texto Arial 11 pero tendrá un formato en cursiva.

—contextos percibidos, La práctica operaría como una forma de acción mediante la cual se producen y reproducen los esquemas culturales (a partir del significado) en contextos históricos concretos." (VALENCIA, 2011)[5]. Las prácticas del cuidado en salud se reproducen en contextos sociales institucionalizados basadas en la noción de **BIEN**.

Grafico 28. Prácticas sociales del cuidado



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"[6]

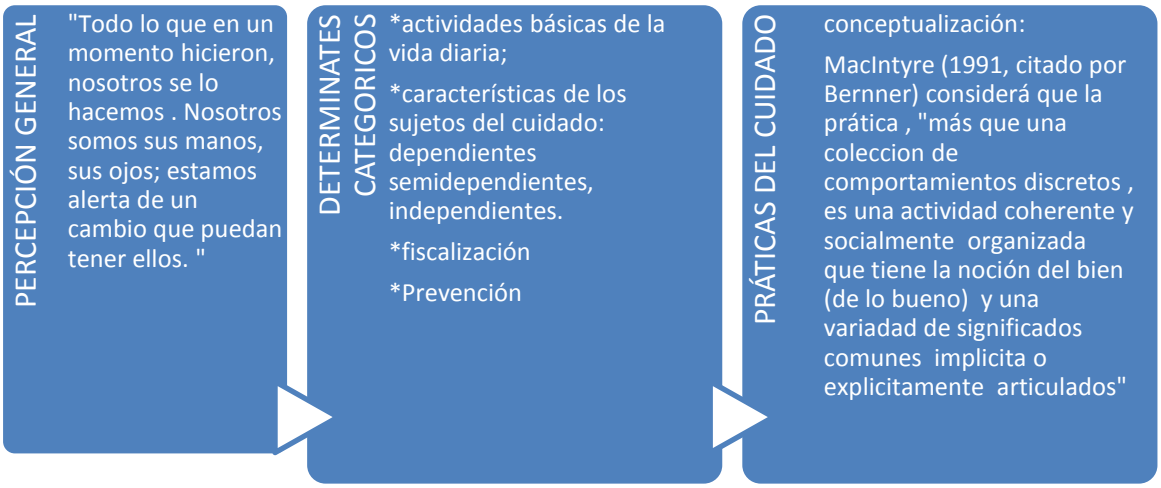
Es así que las prácticas van más allá de la acción puesto que son percibidas y representadas con historicidad por su repetición. Por esto las preguntas se enmarcaron en la rutina: ¿Cuáles son las actividades diarias del cuidar? ¿Haga un breve recorrido de su rutina diaria desde que llega a la institución hasta que se marcha?

[5] El autor Leonardo Valencia en su libro "*HACIA UNA METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS TERRITORIO*" hace referencia a los siguientes textos: BOURDIEU, Pierre. 1988. *El sentido práctico*. Taurus Ediciones, Madrid. SAHLINS, Marshall. 1998. *Islas de historia. La muerte del capitán Cook, Metáfora, antropología e historia.* Barcelona: Gedisa. Y SAHLINS, Marshall. 1997. *Cultura y Razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica.* Barcelona: Gedisa.

[6] En los gráficos y tablas. La fuente es autorial que se refiere al grupo de trabajo del proyecto.

Éstas dos preguntas sirvieron para condensar los siguientes determinantes categóricos que ayudan a describir las prácticas del cuidado desde una visión institucional: ***actividades básicas de la vida diaria; *características de los sujetos del cuidado: dependientes, semiindependientes, independientes. *Fiscalización y prevención.**

Grafico 29. Prácticas del cuidado – descripción de trabajo de campo



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"[7].

Se debe ampliar el concepto de prácticas con el concepto de prácticas del cuidado institucional: se define que

> "los cuidados dan lugar a prácticas y a hábitos partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que los rodea (…) por tanto, los seres humanos re-afinan prácticas de los diferentes contextos, lo cual permite y promueve la actualización de la **noción de bien** que hay dentro de ellos". (MELGUIZO, 2008)

[7] La conceptualización que aparece en el gráfico se extrajo del proyecto "Creencias y Prácticas del Cuidado de los Ancianos en Situación de Discapacidad, en contexto de pobreza, en Cartagena" (MELGUIZO, 2008)

Las prácticas del cuidado sugieren para las personas adultas mayores, acciones sistemáticas que les permitan estar mejor o estables. Lo anterior, se sugiere en la siguiente entrevista.

> *"Nosotros tenemos que despertarlos, ayudarlos a levantar de la cama, sentarlos en la silla de ruedas, llevarlos al baño, bañarlos; hacen sus necesidades. Nosotros, nos encargamos de asearlos, los vestimos, los peinamos, los hidratamos* [Hace referencia a la lubricación de la piel][8]*, los perfumamos, les ponemos los zapatos, le cortamos las uñas, les damos el alimento; les entregamos el plato, les asistimos con la cuchara para que coman, les recogemos el plato, les limpiamos las manos y la boca luego de que comen, les damos los medicamentos en la boca* [de ser necesario] *Todo lo que en un momento hicieron, nosotros se lo hacemos. Nosotros somos sus manos, sus ojos; estamos alerta de un cambio que puedan tener ellos. Aparte, muchos adultos mayores* [personas adultas mayores][9] *que están en Santa Catalina* [área del Hospital San Miguel de Cali para dependientes] *están en un estado de demencia avanzada. De pronto, para ellos es difícil poderse expresarse, poder manifestar un dolor, entonces estamos alerta de algún cambio que ellos puedan tener y lo interpretamos.* **(Fragmento de la entrevista realizada a una Enfermera Jefe, Cali, noviembre del 2013)**

Pero no todas o todos necesitan los mismos cuidados, depende de su grado de dependencia:

> *"[…] Semidependiente: él se puede ayudar, de pronto, en el momento del baño él puede ayudarse con el agua, él puede estregarse; en el momento del vestido él puede ayudarse a colocar el vestido. Qué pueda comer pero no puede caminar. Las actividades que ellos hacen son parciales […] Independiente como por ejemplo doña Graciela que es la Presidenta [de usuarios] como doña Flor que va a las citas sola, hace todas sus actividades de la vida diaria aparte y, colabora con las demás*

[8] Las anotaciones que se encuentran en corchetes significan aclaraciones o saltos en la entrevista propuestos por el etnógrafo no por el entrevistado.
[9] Dentro de los entrevistas se referencia el término de adulto mayor tanto como para hombres y mujeres haciendo referencia al concepto de persona adulta mayor.

> *adultas mayores, ayuda a bañar a las mismas compañeras de la sala. […] los que están en Centro Día hacen sus actividades son semidependientes, ellos no son independientes porque muchos ya tienen trastornos mentales avanzados demencia, Alzheimer o la capacidad motora está muy limitada, también, no pueden caminar o, no pueden hacer actividades, tienen que estar supervisados por el cuidador […] es una guardería de abuelos."* **(Ibíd. Enfermera Jefe)**

Los anteriores fragmentos de entrevistas describen la rutina, las prácticas generales del cuidado guiado por las definiciones de **dependencia, semidependencia e independencia**. Nociones que permiten saber que hay muchas prácticas dentro de una institución según la ayuda que necesitan los usuarios, estas acciones están enmarcadas en Actividades Básicas de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Actividades Avanzadas de la Vida Diaria.

Visualizar las necesidades de las personas adultas mayores como requerimientos más que como carencias, da un sentido positivo a la labor del cuidado en prácticas en rutina. Por tanto, cuando se habla de las actividades, de las prácticas, se debe hacer mención al concepto de dependencia para así comprender las prácticas en rutina de la institución que envuelven los mundos de percepción:

La dependencia se define, según la recomendación del Consejo de Europa, aprobada en septiembre de 1998, como:

> *"un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal"* (GARCÍA, 2010) (SEMFYC, 2007).

La valoración de la persona dependiente se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas Actividades de la vida diaria (AVD). Aunque el listado de actividades puede ser muy amplio, usualmente se utiliza el concepto de "actividades de la vida diaria" que son aquéllas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Aunque

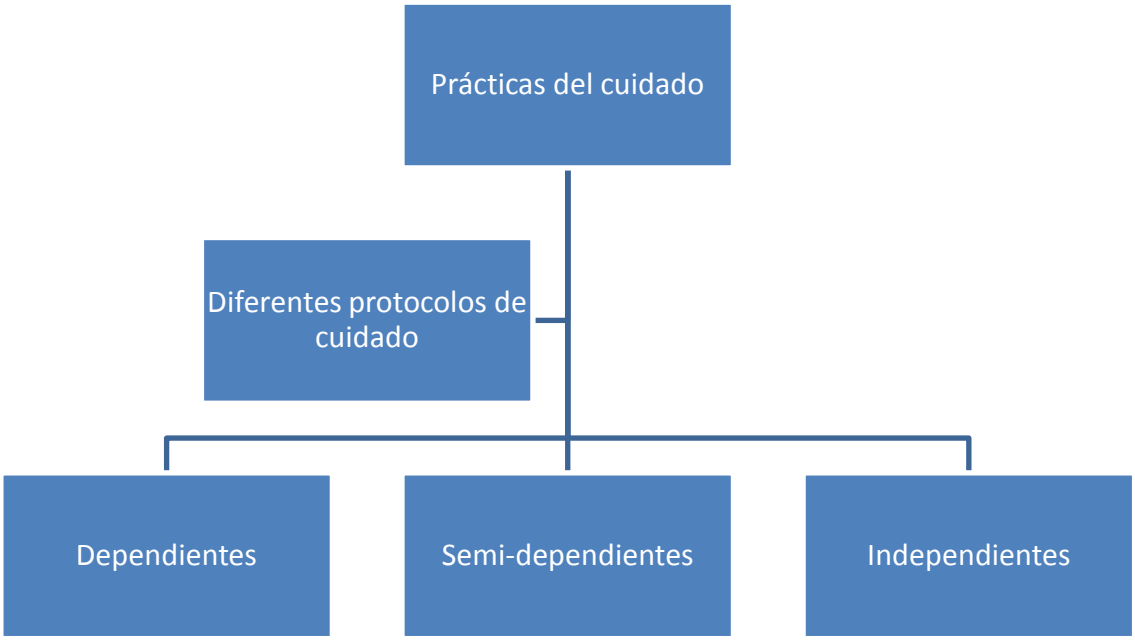
son múltiples las formas en que los diversos autores han definido y clasificado estas actividades (VENEGAS, 2011)(MIRALLES, 2006), es habitual diferenciar tres tipos de AVD:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son aquellas relacionadas con la capacidad que posee un individuo para subsistir sin la ayuda de nadie o de manera independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo durante la noche, comer, etc.) y de funcionamiento básico físico (moverse con libertad, estar de pie, levantarse, acostarse, cambiar y mantener posturas, así como poder desplazarse en su entorno—,) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, comprender órdenes y poder ejecutar tareas sencillas) (GARCÍA, 2010) (SEMFYC, 2007).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD en las que es necesaria una autonomía personal superior. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (lavar los platos, tender la cama, etc.), pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras (GARCÍA, 2010)(SEMFYC, 2007).

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): Valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales. Revelan un elevado nivel de funcionalidad física. Éstas abarcan actividades físicas: ejercicios intensos, trabajos; actividades sociales: aficiones, viajes, participación social, etc. (SEMFYC, 2007)

Grafico 30. Grados de dependencia



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

Se afirma que las prácticas en la mayoría de instituciones, dependen de las características de los pacientes y de sus carencias, enmarcadas en protocolos institucionales, en un cronograma de actividades rutinarias. Los directivos o administrativos(as) son los encargados de vigilar que la normatividad interna y que la ley se cumplan por parte del resto de personal y de los mismos usuarios, por tanto ejercen la labor de ***fiscalización** que genera estructura a la institucionalidad y vigila que las personas cuidadoras realicen a la perfección su labor del cuidado a través de prácticas sistemáticas. Pero otra labor muy importante es la ***prevención de accidentes o de deterioro en su salud**. Por ejemplo las caídas.

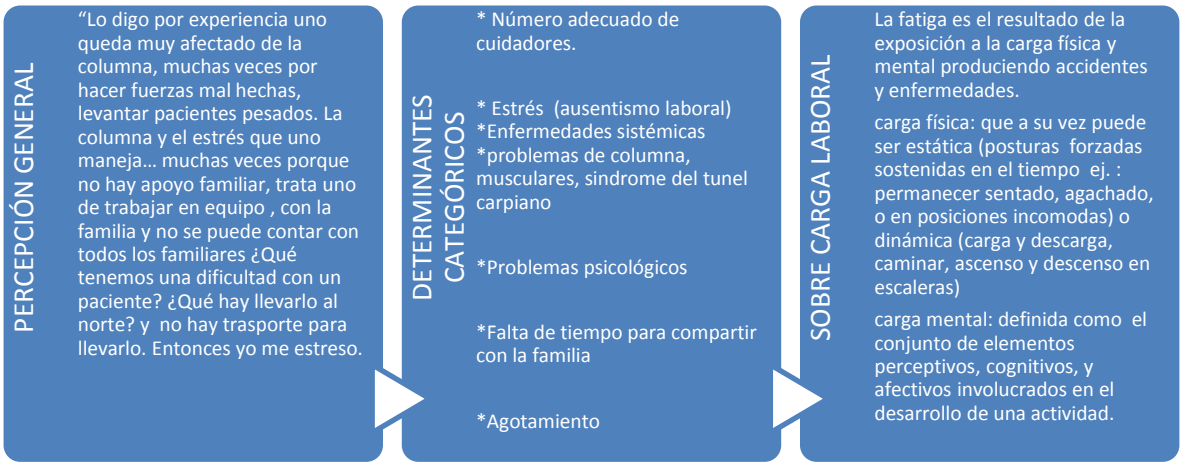
> "*La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales*

como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada". (OMS, 2012)

Las buenas prácticas del cuidado de personas adultas mayores propenden por brindarles calidad de vida. Sin embargo, estas prácticas muchas veces conllevan a las personas cuidadoras de personas mayores a una sobrecarga laboral que está en detrimento de su salud:

Subcategorías: Sobrecarga laboral

Grafico 31. Sobrecarga laboral



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"[10]

El anterior gráfico muestra como la sobrecarga laboral se representa en los siguientes determinantes categóricos: *Número insuficiente de personas cuidadoras; * Estrés; *Enfermedades sistémicas; *Problemas de columna, musculares, síndrome del túnel

[10] La conceptualización se extracto de la investigación "Salud laboral: la salud e los trabajadores de la salud. (NIETO, 2000)

carpiano; *Problemas psicológicos; *Falta de tiempo para compartir con la familia; *Agotamiento. La fatiga es constante en este tipo de trabajos como se ve reflejado en el siguiente fragmento de entrevista realizada en la ciudad de Medellín:

> *"Se maneja mucho, mucho ¡es mucho! Tanto que uno se enferma a la par que ellos [estrés] Mijo, eso no se maneja, que uno se hace el bobo por ahí, el despistado, pero eso no se maneja, eso es muy complicado de manejarlo, porque eso es con vidas. Entonces, uno está el domingo en su casa disque descansando, pero usted está con el teléfono y si le toca salir pues sale. Entonces, el estrés es muy complicado ¿cómo se maneja? que uno se trata como de distraer con otras cosas pero su mente está aquí, es complicado… mucho"* […] *"No, eso es un agotamiento físico y mentalmente permanente; compañero; porque en su casa, dormido, pero pensando aquí. Pero no veo la hora que sean las 7 de la mañana porque dejo cosas pendientes para el otro día. Entonces, no hay un relajamiento físico y mentalmente adecuado, que uno como ser humano debe tener. Incluso ni en sus vacaciones usted alcanza a descansar como usted debe descansar".* **(Fragmento de la entrevista realizada a una gerontóloga y directora técnica, Medellín, enero del 2014)**

Es un tema neurálgico, la sobrecarga laboral, que tienen los profesionales y personas no profesionales encargadas de la labor del cuidado institucional, donde los turnos son de 8 a 12 horas y en algunos casos de 24 horas[11]. Para realizar las prácticas del cuidado se genera una carga física y psicológica importante que puede conllevar a lo que se denomina *Fatiga* y que los interlocutores denominaron cansancio o agotamiento que lleva a las personas cuidadoras a sufrir accidentes laborales. Algunas auxiliares de enfermería han manifestado que permanecen en esas instituciones por necesidades económicas:

> *"[…] no tanto que quería. Por situaciones de la vida, por necesidad, por cuestiones de la vida uno se acostumbra a esto"* (auxiliar de enfermería, Bogotá, diciembre del

[11] En algunas ocasiones se manifestó que los cuidadores residen en las mismas instituciones y aunque tienen un horario de trabajo establecido de 8 o 12 horas deben tener disposición de tiempo total si son requeridos.

2013) Aunque, en su gran mayoría, manifiestan que lo hacen por vocación *"Tengo muchas ocupaciones de las cuales disfruto, creo que es lo que me mueve todos los días, es mi motorcito que a todos los quiero mucho, y amo mi profesión y lo que Dios me mandó a hacer aquí en la tierra".* **(Fragmento de la entrevista realizada a una Gerontóloga, Medellín, enero del 2014)**

Pero ya sea por necesidad o por vocación los encargados de la labor del cuidado de personas adultas mayores se ven enfrentados a la posibilidad del declive de su salud mental y física.

"El impacto de la exposición de riesgos por carga de trabajo y psicosociales puede evidenciarse en la aparición del conocido Síndrome de Burn Out, una verdadera enfermedad profesional para los trabajadores de la salud" (NIETO, 2000, pág. 5)

El agotamiento o la fatiga laboral crónica, es la repuesta del organismo a un continuo estrés que en ocasiones puede vincularse con la salud mental de los individuos y considerarse, una neurastenia, lo que produce ineficiencia. Estos factores promocionan otros problemas institucionales como lo son el ausentismo laboral. Esta sobrecarga común en las instituciones dedicadas al cuidado, se reflejan en la ecuación **# de personas cuidadoras vs # de usuarios**. La mayoría de instituciones consultadas en esta investigación plantean que no hay suficientes personas cuidadoras o profesionales para el número de usuarios, se ven obligados a tener una carga laboral más fuerte:

"Debido a la situación económica que tenemos, no hay presupuesto suficiente para contratar al número adecuado de cuidadoras, de profesionales, para las salas. Aquí tenemos sobrecarga. Nos comentaba el gerente hace algunos días que en una institución en Manizales –por eso les decía: qué si también lo iban hacer en Manizales [la investigación]-, les decía, que por cada 4 adultos mayores hay un profesional a cargo y aquí, la sala Santa Luisa que tiene 43 adultos mayores, solamente hay dos auxiliares por la mañana, porque en la tarde sólo hay uno. Si se evidencia la sobrecarga." […] "El nivel de estrés es mayor y eso lleva a una

ausentismo laboral porque el estrés conlleva a otro sin número de enfermedades. Aquí debo decir, que yo estoy muy orgullosa por el grupo de trabajo, porque ellos son muy entregados a su labor, y ellos, muchas veces, no van al doctor para que no los incapaciten, porque ellos saben que en este momento los necesitamos, y es, muy difícil que dos personas se incapaciten porque quedan lo huecos y no tengo de donde cubrir […] Los incapacitan, porque tiene enfermedades sistémicas, tipo virosis sistémica o problemas de columna, porque tienen que cargar mucho peso. Hay adultos mayores como dependientes, que hay que, hacerles todo: hay que cargarlos de la cama, eso es un esfuerzo; de la silla a la cama; que si se está resbalándose, hay que acomodarles. Problemas, sí, de tipo musculares, problemas virales, síndromes agudos; más que todo eso. Pero en la parte psicológica, ellos reflejan la falta de tiempo para compartir con la familia, porque muchos están casados, tienen hijos, tienen nietos. Entonces, a veces, tienen que quitarle tiempo a la familia para estar aquí en el trabajo." **(Fragmento de la entrevista realizada a una Enfermera Jefe, Cali, noviembre del 2013)**

La anterior respuesta es un resumen importante de la sobrecarga laboral, a la cual se ven afrontados. También, hay que tener en cuenta, que los factores de riesgo sobre la salud, puede actuar de forma lenta produciendo enfermedades a largo plazo, que se ven reflejadas en problemas musculares, de huesos, circulatorios; mentales, entre otros. En otras ocasiones tienen acción inmediata como se observa en los accidentes de trabajo: caídas, malas posiciones para levantar y trasportar pacientes.

Las instalaciones en algunas instituciones pequeñas, no están acorde con las reglamentaciones exigidas para el funcionamiento, por ejemplo, en algunos centros de atención que son al mismo tiempo la vivienda del propietario, los espacios se reducen y no existen ayudas arquitectónicas para la deambulación como pasamanos, ni rampas; las puertas no cumplen los estándares y además, refieren las personas cuidadoras que el número de personal es insuficiente.

La OMS recomendó que se introdujera dentro de las enfermedades profesionales las enfermedades ocasionadas por el trabajo: enfermedades cardiovasculares, enfermedades músculo-esqueléticas; enfermedades psicosomáticas y envejecimiento precoz. Debido a todo lo anterior, se hace necesario que exista una prevención continua de riesgos profesionales para los personas cuidadoras como lo plantea el informe de la OMS:

> *"En un informe reciente, el comité de experimentos de la OMS en Nuevos métodos de la educación sanitaria en la atención primaria en salud, destacó la necesidad de un cambio de actitud de quienes prestan atención salud para las personas a las cual sirven; en lugar de los anticuados métodos "paternalistas" de educación sanitaria, ahora se hace hincapié en el establecimiento de una asociación afectiva con la gente. El informe afirma que: "la gente necita entender los problemas y colaborar de lleno en la búsqueda de soluciones, en unión con los prestadores de atención en salud, con el fin que esta influya en la situación sanitaria". En contexto de la higiene del trabajo. Los métodos de este tipo aseguran la participación plena de los trabajadores de programas de atención en salud hacia ello orientados. Además, los estimulara a interesarse más con su propia salud y adoptar estilos de vida más saludables. El comité de expertos también señala que el propósito de la educación sanitaria no es únicamente proporcionar conocimientos relacionados con la higiene, si no también buscar respaldo social y político para los programas de higiene y atención en salud".* (OMS, 1985, págs. 58-59)

Esto sugiere desde hace más de dos décadas que los profesionales y el personal de salud adopten medidas para mejorar su calidad de vida, en una relación reciproca con las Políticas Públicas en Salud y los entes prestadores de servicios de salud privados. Esta asociación afectiva entre la cadena de salud, en redes de apoyo, que deben proteger a las personas cuidadoras para que atiendan de forma adecuada a sus pacientes.

Subcategoría: Redes de apoyo

Los estudios acerca de las redes de apoyo a personas cuidadoras no han demostrado con claridad sus ventajas y eficacia. Las intervenciones no han sido homogéneas sino que han tenido distintos objetivos y se han desarrollado con una gran variedad de contenidos (CRESPO, 2007). Entre las más empleadas cabe destacar:

- Los servicios de apoyo formal.
- Las intervenciones informativas sobre la enfermedad, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas.
- Los grupos de ayuda mutua.
- Las intervenciones psicoterapéuticas. (VEGA-ANGARITA, 2011)(GUZMÁN, 2005)

La anterior forma de intervención de redes de apoyo no argumenta las redes de apoyo como RED. Por tanto, se hace necesario retomar los diálogos con los entrevistados para conocer mejor lo que ellos perciben como redes de apoyo al cuidado institucional descrito en el siguiente cuadro de diálogos y conceptualizaciones sobre los mismos:

Cuadro 6. Percepciones sobre apoyo y conceptualizaciones[12]

Entrevistador(a): *¿Nos hablabas que por ejemplo hay una red familiar que los apoya?* ***Entrevistado(a):*** *Ah sí, hay por decir doña Lolita que es la* ***mamita de todos****, […] Es una señora de la tercera edad también, que pertenece a un grupo las cuales son* ***voluntarias****. Entonces, ella es la que nos da apoyo. Hay otra señora que a ella no le gusta que mencionen, y pues a*	***Entrevistador(a):*** *¿Cuáles son las normas para los familiares?* ***Entrevistado(a):*** *De los* ***familiares es estar pendiente*** *de ellos; traerle los medicamentos, los utensilios de aseo. Que, en dado caso, se encuentren malitos, los lleven al médico, esas son las responsabilidades de los familiares cuando los internan acá, y más que todo que los visiten. Nosotros molestamos*	***Entrevistador(a):*** *¿Y cómo son esos eventos de los abuelos?* ***Entrevistado(a):*** *Por ejemplo se les hacen, incluso los mismos familiares vienen y también les gusta hacer eventos. De hecho acabó de llamar, para hacer como un* ***evento*** *musical este domingo […] Entonces, que vienen a tocarles música, con violín,*

[12] Los autores referenciados en el Cuadro **¡Error! Sólo el documento principal.**. Son citados en del texto de Verónica Montes de Oca, "Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos conceptuales" (2002).

nosotros nos apoya económicamente, con mercado o lo que en el momento haga falta.	*mucho por eso.*	*violonchelo, eso. Entonces, cuando es en la tarde siempre pedimos que sea después de la 1 de la tarde, que si les van a traer de comer, cosas que ellos puedan comer que no les vayan a hacer daño […]*
Conceptualización: Grupos de Ayuda Mutua Cobb (1976) ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental. Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes	**Conceptualización: Familiar** Walker y colaboradores (1977) definieron a las redes sociales como "la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información". Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.	**Conceptualización: Programas Educativos** Bott (1955) señaló que la red es una configuración social en la que algunas, unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí.

Entrevistador(a): *¿hay algún tipo de entidad que apoye a la institución?* ***Entrevistado(a):*** *No, en estos momentos no, o sea nosotros vamos como dicen por ahí tocando puertas. Entonces, nos ayudan una primera vez, una segunda vez, si tenemos [tuvimos] un apoyo el mes pasado y es el de un familiar de los que tenemos acá de los usuarios, ellos* ***donan*** *las meriendas.*	***Entrevistador(a):*** *¿hay algún apoyo religioso?* ***Entrevistado(a):*** *No. Pero, acá vienen unas señoras de la* ***iglesia*** *a visitar a los abuelitos y a darle la comunión los viernes. [religioso y espiritual]*	***Entrevistador(a):*** *¿Es una organización dedicada al cuidado del adulto mayor, no?* ***Entrevistado(a): [la red]*** *Es un conjunto de instituciones que nos agremiamos para fortalecernos y prestar cuidado a 689 adultos de la ciudad, tenemos un convenio de asociación con el municipio de Medellín, ellos ponen y nosotros ponemos, y no solamente trabajo, también en dinero. […] "16 hogares, tenemos un convenio de asociación con el municipio de Medellín nos dé, en 15 hogares atendemos 685 PM y en la Colonia de Belencito tenemos 250, y trabajamos en red, con un plan gerontológico para todos, con unos lineamiento estratégicos en red, porque la idea es fortalecernos en red, crecer en*

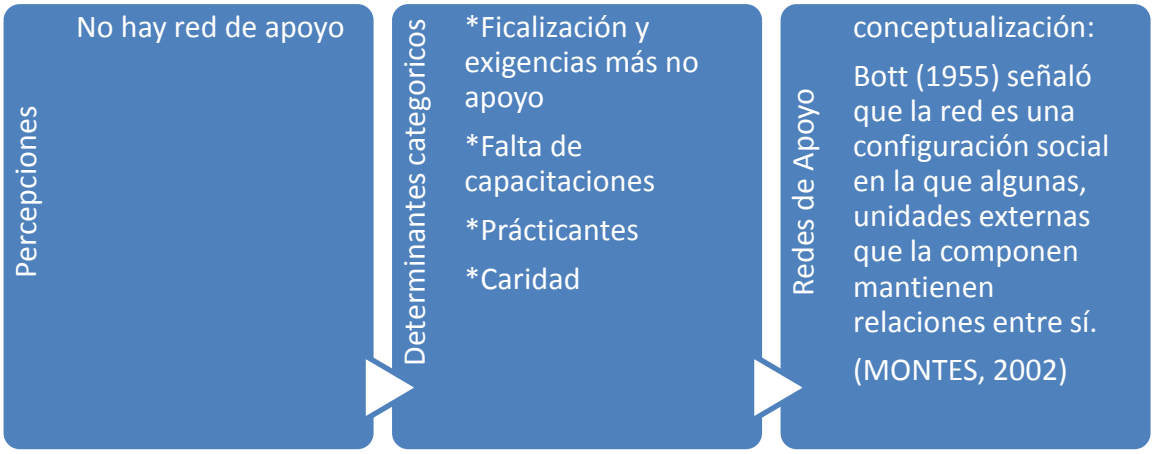
		red y manejar desde nuestra misión y nuestro objeto principal.
Conceptualización: Caridad. Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.	**Conceptualización: Religioso Y Espiritual** Lopata (1975) definía a la red informal como sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb (1976) ubicaba la red social como instancia mediadora por la cual proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental.	**Conceptualización: red de apoyo institucional.** Maguire (1980) se refirió a las "redes" como "fuerzas preventivas" que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. House y Kahn (1985), dicen que las redes sociales son estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad lo que representa una forma de relaciones sociales.

Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

Análisis descriptivo de la subcategoría Redes de Apoyo

Las instituciones privadas abordadas en el estudio, que no tienen apoyo del Estado, manifiestan que su red de apoyo es incipiente e ineficiente o no existe, al contrario de las instituciones (abordadas en el estudio) que cuentan con recursos públicos para su funcionamiento, ellas hablan de una red de apoyo que asegura su supervivencia. En este sentido, las percepciones sobre el apoyo social e institucional se traducen en el apoyo gubernamental, por lo cual se debe dividir esta sección en instituciones sin recursos del Estado e instituciones con recursos del Estado. Para finalizar se tomará la Red de Asistencia Social al Adulto Mayor de Medellín como ejemplo de una RED.

Grafico 32. Instituciones sin apoyo gubernamental



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo".

La mayoría de instituciones abordadas tanto en el trabajo de campo cualitativo y cuantitativo manifestaron no contar con una red de apoyo para el ejercicio de la labor del cuidado como se manifestó en el grupo focal realizado en el mes de enero del 2014 en la ciudad de Bogotá cuando se preguntó: ¿Ustedes qué redes de apoyo tienen? La respuesta por parte de las cuidadoras participantes fue:

> *"No. O sí existen estamos desconociendo la existencia de esa red, porque sí sería muy interesante pues" […] "nos fiscalizan eso sí, pero apoyo no"* **(fragmento del Grupo Focal Bogotá, enero del 2014)**

Sin embargo, las instituciones abordadas en esta investigación, tanto instituciones sin apoyo estatal como instituciones con apoyo del Estado, comparten que uno de los apoyos que si tienen, aunque no lo perciben dentro de la categoría de Red, es el apoyo de programas educativos, donde estudiantes de diferentes academias, de diferentes programas: medicina, enfermería superior, odontología, psiquiatría, psicología, trabajo social; y en su mayoría, auxiliares de enfermería y tecnólogas en gerontología que hacen

presencia en estas instituciones como prácticas enmarcadas en programas de docencia-servicio.

La mayoría de estos practicantes colaboran en las labores del cuidado institucional:

> *"si porque las escuelas a veces envían a las niñas a hacer las prácticas y, entonces, eso sí es una ayuda, pero también es una carga porque entonces tú tienes que enseñarles todo porque en las escuelas no les enseñan* [mucho]." **(Fragmento Grupo Focal Bogotá, enero del 2014)**

En este mismo sentido el apoyo de los practicantes se puede convertir en una carga para las instituciones:

> *"y si la secretaría llega a venir y ellas digamos vienen de lunes a sábado, miércoles. Pero es pues claro la jefe [no se encuentra la jefe de la práctica] ¡ah no ellas no son aptas para estar aquí! porque no las evaluaron como es, porque usted no las puede evaluar, usted tiene que hacer su trabajo. Entonces si el jefe no viene a evaluarlas día de por medio, todos los días, no pueden continuar, y uno ¿no me diga eso?"* **(Fragmento Grupo Focal Bogotá, enero del 2014)**

Teniendo en cuenta lo manifestado, se debe plantear que en próximas investigaciones se profundice sobre las prácticas educativas ¿son un apoyo para las instituciones del cuidado del adulto mayor o si por el contrario, son un apoyo que brindan los hogares a la academia, como lo mencionaron algunas de las personas cuidadoras participantes? El verdadero trabajo en RED son los convenios que pueden firmarse con las academias para fortalecer las labores del cuidado como capacitaciones o actualizaciones. Estas capacitaciones no fueron percibidas dentro de la investigación, y las que su pudieron rastrear no son gratuitas, por lo que la idea del trabajo en RED[13] no es clara.

Bott (1955) señaló que la red es una configuración social en la que algunas, unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí. Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb (1976) ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental. Walker y colaboradores (1977) definieron a

"[que] *La gente mira la institución de forma diferente, sí, no es venir solamente a traer la libra de arroz y/o la ropa que usted no usa, sino que nos miren como una institución que brinda un servicio y un servicio óptimo y especializado [desmontando la red de apoyo de caridad] porque es desafortunadamente por la forma que surgen estas instituciones y como se sostienen. Pues desafortunadamente en el imaginario de la gente, son instituciones que subsisten de lo que a mí me sobra, porque tiene personas pobres, atienden ancianos que no tienen familia y lo mismo sucede con el Estado* […] *Entonces, en este momento nosotros estamos de que los entes, a quienes les corresponden, entiendan que girar un recurso para acá, para San Miguel, no es porque al concejal de turno le dé pesar, quiera; o por el secretario de salud le dé pesar y quiera. No, la Constitución lo dice, hay normas muy claras* […] *Es más en este momento está en curso y reza nivel nacional de que los entes territoriales generen un recaudo que la gente le ha llamado la ley de la estampilla* […]*"* **(Fragmento de la entrevista realizada a una trabajadora social, Cali, noviembre del 2013)**

---

las redes sociales como "la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información". Maguire (1980) se refirió a las "redes" como "fuerzas preventivas" que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. Las redes sociales para Pearlin (1985), refieren a toda la gente con la cual un individuo debe tener contacto o algún tipo de intercambio. House y Kahn (1985), dicen que las redes sociales son estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad lo que representa una forma de relaciones sociales. Lomnitz (1994) ubicó redes de intercambio desarrolladas por los pobladores de la Cerrada del Cóndor, las que constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada. Identificó no sólo redes horizontales sino también verticales: *redes informales en sistemas formales.* Requena Santos (2002) define a las redes como "un conjunto finito de actores o grupos de actores y las relaciones definidas entre ellos. Es el tejido formado por las relaciones entre un conjunto de actores que están unidos directa o indirectamente mediante compromisos, informaciones, etc....". Requena Santos asegura que el concepto de red social es una poderosa herramienta para el análisis social, ya que posibilita un método para recoger información que no destruye los vínculos existentes entre los individuos, es conveniente como instrumento de análisis que vincula los atributos de los actores con las características de los vínculos entre esos actores y su estructura social (Requena Santos, et al, 2002). Aunque todos formamos parte de diferentes redes sociales, no todas son redes de apoyo. Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional *Transacciones interpersonales que implican dar y recibir ayuda, afecto y afirmación (bidireccional).* (MONTES, 2002. págs. 13-18)

Según lo dialogado en grupos focales y entrevistas, para las instituciones que no tienen apoyo estatal [redundancia] no hay red de apoyo. Las escuelas o universidades o las Secretarias de Salud ofrecen capacitaciones. También se considera que hay apoyo por donaciones, pero no hay RED.

> *"No, y hay, por ejemplo empresas que necesitan el apoyo del Estado. Por ejemplo teníamos entendido que hay una ley, donde hay un porcentaje de regalías para los que cuidan a los adultos mayores, pero si el municipio tiene estampilla* […] *porque la plata es de la estampilla. Pero la estampilla también es una voluntad política, por ejemplo Yumbo [municipio del Valle] tiene la estampilla, eso es lo más, estamos pegados acá y Yumbo tiene la estampilla, Cali no tiene estampilla. Entonces, se empieza a ver lo de la voluntad política, yo hablo mucho de la voluntad política, porque sin voluntad política es muy difícil* […] *necesitamos el apoyo del Estado para mejorar la calidad de vida de las personas* […] **(Fragmento de Grupo Focal Cali, noviembre 2013)**

Se debe entender que algunas de las personas cuidadoras abordadas en trabajo de campo manifiestan que la estampilla hace parte de la Red de Apoyo que debe brindar el Estado. La estampilla les permite obtener recursos y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

> *1. Las estampillas son tributos que tradicionalmente el legislador colombiano ha creado para que las entidades territoriales los adopten al interior de sus jurisdicciones. Según el Consejo de Estado son impuestos en la medida "que cumplen las siguientes características: 1. Son generales, lo cual significa que se cobran indiscriminadamente a quienes se encuentren dentro del hecho generador y no a un grupo social, profesional o económico determinado. 2. Son obligatorios. 3. No conllevan contraprestación directa e inmediata. 4. El Estado dispone de estos recursos de acuerdo con lo previsto en los planes y presupuestos, por lo tanto van a las arcas generales, para atender los servicios y necesidades públicas.* (MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO, 2010, pág. 5)

En este mismo sentido, algunas instituciones de Cali (abordadas en trabajo de campo) manifiestan que a pesar de que exista la Estampilla[14] y el Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor "Colombia Mayor"[15], no necesariamente fueron beneficiarios de estos recursos:

> *"[…] El Estado en este momento, les está dando ese subsidio indirecto, el Estado les da ¡75.000 pesos a un viejito!* [Se refiere al programa "Colombia Mayor"] *Nosotros decimos -gracias a dios lo tenemos. Eso no es, yo pienso que, perdóneme lo que voy a decir, es un sofisma de distracción. Aurita está trabajando lo de la Estampilla. Pero la estampilla va hacer el 70% para los centros vidas que llaman y el 30% para las instituciones como ésta, y que hay, un problema gravísimo, de gente en la calle. A nosotros nos llaman todos los días para que recibamos una persona que está sola, que no tiene a nadie, no tiene nada y no hay espacio* […] *Somos dos instituciones que no cobramos y el resto cobra* […] *Porque a mí me entristeció muchísimo, que ahora el 18 tuvimos una reunión con el Ministerio (noviembre del 2013)* […] *y decía -si no cumplen con la normatividad no tendrán el dinero de la Estampilla. Y yo dije –gravísimo. Porque el Estado es el responsable de estas personas y como no apoyar a las instituciones que los tenemos y por qué no cumplimos con toda la normatividad ya no nos van a dar el dinero–. Yo le dije –eso es absurdo–. Mejor dicho, yo discutí muchísimo eso.* **(Fragmento de la entrevista realizada a una Presidenta de Fundación geriátrica en Cali, noviembre del 2013)**

Las percepciones de muchos de los entrevistados se suman en dificultades cuando se platea preguntas sobre redes de apoyo, las dificultades económicas están al orden día y

[14] Se hace referencia a la Ley 687 de 2001 modificada por la Ley 1276 de 2009.

[15] Existen dos modalidades: Subsidio económico directo: consiste en un beneficio otorgado en dinero que es entregado a la población de la tercera edad que cumpla con los requisitos establecidos y el cual es intransferible. Subsidio económico indirecto: es el que se otorga en servicios sociales básicos y se entrega a través de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA), centros día. Este subsidio se reglamenta de conformidad con la ley 797 de 2003 y con los decretos 3771 del 2007 y 4993 del 2009, CONPES Social 70, ley, 100 de 1993 se crea y reglamento el programa de persona adulta mayor.

éstas no permiten que muchos hogares geriátricos se acrediten para acceder a los subsidios por parte del Estado. Por el contrario, hay instituciones que sí reciben apoyo del Estado y que consideran que tienen una buena red de apoyo y que a pesar de que hay dificultades económicas la calidad de vida de las personas cuidadoras y sujetas al cuidado es mejor.

> *"Una red de apoyo, aunque suene redundante, es lo que le da soporte y apoyo al ser humano. La red de apoyo primaria es regularmente la familia, hay otro tipo de red de apoyo que es la comunidad. Tenemos a nivel social, organizaciones que en un momento determinado pueden proporcionar apoyo, también, al individuo que lo requiere. Entonces, es más que, le da el soporte al individuo para poder satisfacer sus necesidades y poder garantizar sus subsistencias. Eso es lo que yo conceptuó. […] Nosotros tenemos alianzas por decirlo así con la Secretaria de Bienestar Social y con la Secretaria de Salud Pública Municipal, esas las más grandes. Tenemos una alianza o un convenio con una entidad prestadora de salud pero del régimen subsidiado que es Emsanar y nos permite dinamizar toda la parte de atención en salud y poder facturar y con esos recursos garantizar el sostenimiento de los adultos mayores que no tienen ningún tipo de apoyo. Antes por la imagen que se tenía de la institución teníamos grupos organizados que apoyaban la labor institucional pero era más por la calidad, ¡Qué pobrecito! Que esto, que lo otro. Nosotros hemos venido trabajándole mucho en esa imagen, sí que el adulto mayor no requiere de caridad y, más en este contexto institucional, lo que requiere es que se le garantice el derecho, sí, de ser atendido y protegido por su situación de vulnerabilidad.* **(Fragmento de la entrevista realizada a una trabajadora Social, Cali, noviembre del 2013)**

Instituciones con apoyo del Estado

Se conceptualiza que las redes de apoyo a pesar que no son homologables a la Estampilla (Ley 687 de 2001 modificada por la Ley 1276 de 2009), promueven un imaginario a su alrededor, el cual no es gratuito, por ejemplo Medellín, Bogotá y Barranquilla demuestran que es importante la emisión de estampillas municipales para el

cuidado de las personas mayores. Según este referente, los municipios que no cuentan con dicho protocolo, se encuentran en desventaja con otras zonas del país, pero la emisión de la estampilla no es suficiente, puesto que para que se obtenga dicho apoyo deben estar autorizados según la Ley para la prestación de los servicios por las autoridades competentes que ejercen el control, vigilancia a sus instalaciones y/o programas en el área urbana y rural.

Estas ciudades abordadas en el trabajo de campo cualitativo, plantean una diferencia con respecto a otras que no tienen estampilla como Cali, pero ésto sólo se traduce en las instituciones autorizadas que pueden acceder a estos recursos, por ejemplo Medellín con su Red.

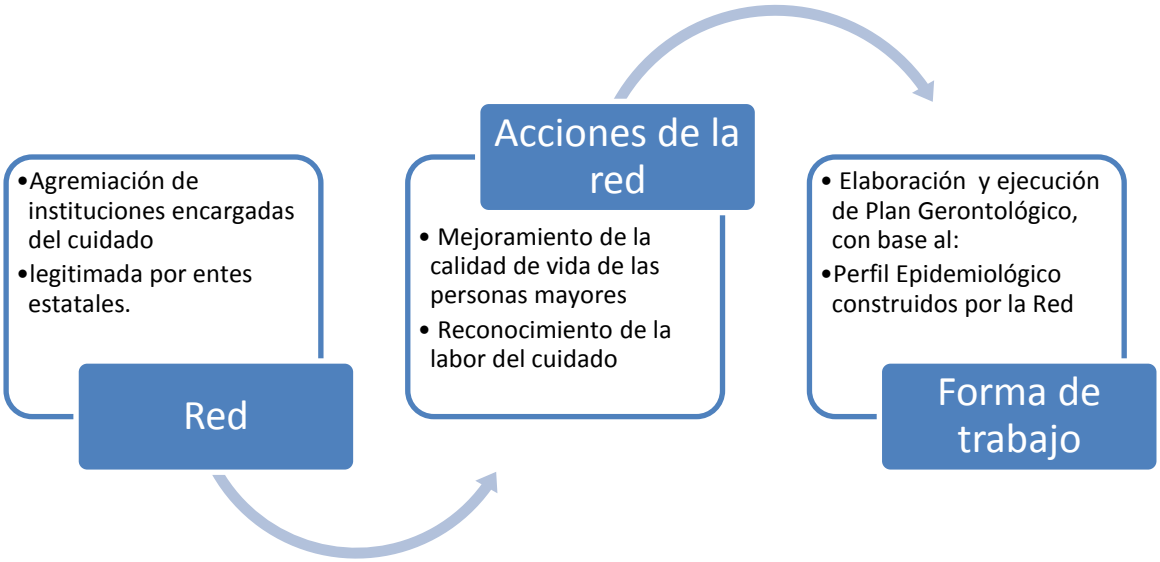
> *"Es un conjunto de instituciones que nos agremiamos para fortalecernos y prestar cuidado a 689 adultos de la ciudad, tenemos un convenio de asociación con el municipio de Medellín. Es un convenio de asociación, ellos ponen y nosotros ponemos, y no solamente trabajo, también en dinero."* **(Fragmento grupo focal, Medellín, enero 2014)**

> *"16 hogares, tenemos un convenio de asociación con el municipio de Medellín* […] *y en la Colonia de Belencito tenemos 250* [personas adultas mayores] *y trabajamos en red, con un plan gerontológico para todos, con unos lineamiento estratégicos en red, porque la idea es fortalecernos en red, crecer en red y manejar desde nuestra misión y nuestro objeto principal. Es que sea, el sujeto de derecho el adulto mayor, pero también la persona que interviene en el proceso* […] *Porque nosotros manejamos estrategias que trabajan en todas las líneas está el adulto mayor desde la capacitación, nosotros tenemos un plan gerontológico."* […] *"Nosotras tenemos el perfil epidemiológico de todos nuestros usuarios, sabemos de qué se enferman, ellos por qué consultan* […] *Entonces es importante también que el Ministerio se*

apersone de eso, porque hay que construir un programa de salud para el adulto mayor. **(Fragmento grupo focal 2, Medellín, enero del 2014)**[16]

En la ciudad de Medellín se agremiaron varias instituciones, este les permite realizar un trabajo en red con la Alcaldía Municipal obteniendo recursos para su funcionamiento y participar en la construcción de políticas públicas con otros organismos con el Ministerio de Salud y Protección Social y la academia. Estas participan de la formulación y ejecución de un plan gerontológico basado en las necesidades de las personas mayores de las instituciones de la red con un perfil epidemiológico.

Grafico 33. Red ideal



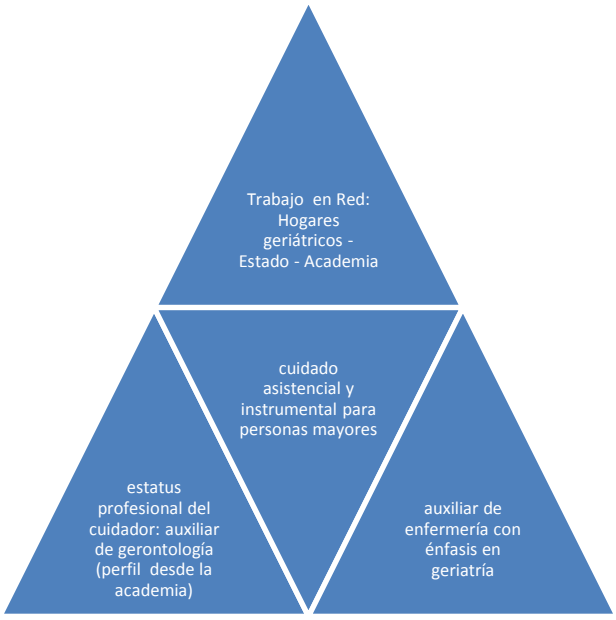
Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

Pero este trabajo en red no sólo beneficia a los usuarios también a las personas cuidadoras y auxiliares de enfermería.

[16] En la ciudad de medellin se realizaron dos grupos focales el primero con las personas cuidadoras de diferentes instituciones de la ciudad; el segundo (2) con los administrativos de varias instituciones de la misma ciudad. Oportunidad que no se presento en otras ciudades y que se aprovecho por el equipo de campo para obtener más información sobre la educación o conocimientos que deben tener las personas cuidadoras.

"[…] Entonces, pensando lo que nosotros vamos a decir como red, es lo que viene fuerte para debatir, y nosotros estábamos pensando era en lo siguiente: mire, posicionar la figura de cuidador como cuidador, darle como status profesional […] La figura que tenía el SENA, auxiliar de gerontología, hay que perfilarlo desde la academia, dándole una estructura integral tanto del manejo de la parte asistencial, una estructura especial, como de la parte asistencial en salud como de la parte asistencial al ser humano. Porque no es lo mismo yo tener auxiliares de enfermería y tener auxiliares de gerontología, que fue difícil que me las avalaran, pero la forma de trabajar es distinta. Ya lo van aprendiendo porque llegan con esa forma de ser tan bonita, con esa forma de atención tan diferente, son especiales para eso. […] Entonces, en conclusión, qué te diría, yo pienso que se les debe dar un status especial a estos personas cuidadoras, pero [teniendo] auxiliar de enfermería con énfasis en geriatría." **(Fragmento grupo focal 2, Medellín, enero del 2014)**

Grafico 34. Propuesta de reconocimiento de las personas cuidadoras institucionales

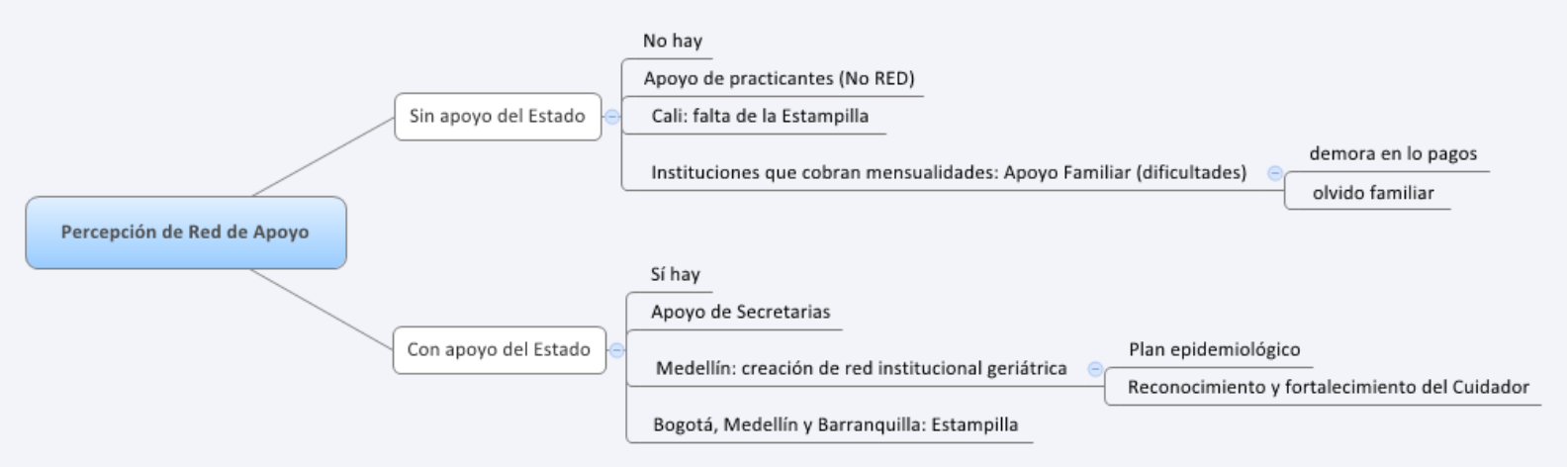


Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

El anterior gráfico resume la propuesta de la Red de Asistencia Social al Adulto Mayor de Medellín para fortalecer el trabajo del cuidado desde la propuesta de una red. Es el llamado a que las mismas instituciones geriátricas creen sus propias redes de apoyo formales y que puedan así fortalecer los otros grupos de ayuda al cuidado como lo son: los servicios de apoyo formal; las intervenciones informativas sobre la enfermedad, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas; los grupos de ayuda mutua; las intervenciones psicoterapéuticas. Es un trabajo de autofortalecimiento institucional para mejorar la calidad de vida de los trabajadores involucrados en la labor del cuidado y de los usuarios.

En los anteriores párrafos se ha hablado del darle estatus, reconocimiento al cuidador, a la persona que realiza el cuidado institucional, puesto que en el trabajo de campo en las cuatro ciudades siempre se hizo una diferencia entre cuidadoras(es) y auxiliares de enfermería. A continuación desarrollaremos descriptivamente las subcategorías emergentes que nacen en trabajo de campo.

Grafico 35. Resumen de percepciones de redes de apoyo



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

b. Subcategorías emergentes

En este informe se ha hablado de dos tipos de subcategorías a tener en cuenta en la descripción cualitativa, los conceptos apriorísticos que son formulados con anterioridad al trabajo de campo y que se generan de estudios previos con el estado del arte y, por las intencionalidades investigativas propuestas en el anteproyecto o protocolo. En contraste, los conceptos emergentes nacen en el campo – *en el trascurso de entrevistas, grupos focales y realización de encuesta*s –. Es imposible que una investigación de carácter mixto no tome en cuenta las categorías emergentes, lo que ellos pronuncian: creen, sienten, saben con respeto a la idea central y se incorporen a la par que los conceptos apriorísticos.

Siguiendo con la dinámica del informe se debe describir las subcategorías emergentes: *Cuidadoras vs Auxiliares de Enfermería y *Abandono u Olvido Familiar y, concatenarlas con las subcategorías apriorística: Prácticas, Sobrecarga Laboral y Redes de Apoyo.

Pero primero, se debe aclarar la diferenciación entre categorías emergentes y, determinantes categóricos expuestos en cada una de las categorías apriorísticas. Los primeros son una constante del sentir de los sujetos de investigación pero no determinan una categoría en sí, sino que atraviesan todas las subcategorías. Los determinantes categóricos son contantes en una de las subcategorías a pesar de que pueden influenciar el desarrollo explicativo de las otras. Por eso la estampilla es un determinante categórico de la subcategoría Red de Apoyo, pero el *Olvido Familiar es una categoría emergente porque trasciende las tres categorías tratadas porque produce estrés a las personas cuidadoras (sobrecarga laboral), no permite el fortalecimiento de redes de apoyo formales o informales y trunca muchas de las prácticas del cuidado. También podríamos hablar de *dueños(as) o administrativos(as) personas cuidadoras, lo que da una diferencia gradual en el tamaño de los hogares geriátricos: las prácticas del cuidado son compartidas por los administrativos(as) y promociona una sobrecarga laboral mayor. Una de las características fundamentales de estas instituciones donde los *dueños(as) son personas cuidadoras, es que no perciben las redes de apoyo. La subcategoría de *personas

cuidadoras vs auxiliares de enfermería es una constante en la mayoría de las entrevistas y grupos focales donde se hace una separación en las prácticas del cuidado y se comparte una sobrecarga laboral.

- **Subcategoría emergente: personas cuidadoras.vs. Auxiliares de enfermería**

En las páginas dedicadas a las redes de apoyo se visualiza el gráfico 33: "Propuesta de reconocimiento de personas cuidadoras institucionales." La cual, propone que la academia y el Estado reconozcan la labor asistencial del cuidador. A continuación se mostrará las percepciones sobre las diferencias entre cada uno de los sujetos encargados de la labor del cuidado:

> *"[…] o sea que lo que yo veo del cuidador es que vamos a retroceder 20 o 30 años, si porque es que ustedes nos estaban hablando del cuidador institucional ¿cierto? Entonces, esos cuidadores institucionales los vamos, digamos a certificar. Pero entonces, ese cuidador generalmente va a cuidar a los estratos sociales medio porque si yo soy una persona adinerada o de una clase social alta, yo no voy a querer que mi papá lo cuida ¿lo tenga un cuidador? Mínimamente yo quiero un auxiliar de enfermería. Entonces, mire, todo lo que vamos a retroceder y nos lleva otra vez a las diferencias marcadas, usted es de estrato 6, usted mínimamente o una enfermera jefe o un auxiliar […]. Entonces un cuidador, mano de obra más barata. Entonces, yo había sacado aquí, se viene más desempleo para las auxiliares de enfermería, inmediato para las auxiliares de enfermería; va a aumentar al volumen de cuidadoras, sí o no, la mano de obra menos calificada y de menos calidad es la atención. Entonces, si se va a ver afectada la calidad en la atención, y esos cuidadores para mí son los mismos ayudantes de enfermería que desaparecieron hacen 20 o 30 años. Entonces, estamos dando, para mí, un retroceso muy grande, de los 80. Estamos, hablando de un retroceso muy grande." […] "Pero el cuidador institucional no debería existir, para mí debería desaparecer, y darle a la gente una formación de más alto nivel, porque es que en la constitución reza así. De pronto que exista el cuidador familiar porque es que, en todas las casas*

se necesita un cuidador familiar, ese sí, porque ese no necesita que lo acrediten, pero que le enseñen ciertas cosas básicas para cuidar a su pariente, pero el cuidador institucional es un retroceso, es un riesgo muy alto. **(Fragmento del Grupo focal, Cali, noviembre del 2013)**

Se debe aclarar que esta percepción no es recurrente ni repetida en todas las instituciones de la ciudad de Cali ni es el pensamiento de todas las auxiliares de enfermería, pero existe en el ambiente institucional, que muchos hogares no deberían contratar personas cuidadoras sin estudios en auxiliar de enfermería. En Medellín se sugiere la certificación de sus estudios y experiencias por el SENA con la tecnología en gerontología. Sin embargo existe la percepción que las instituciones que se denominan "*de garaje",* que tiene personas cuidadoras sin estudios o con cursos cortos en la labor del cuidado hacen presencia en los estratos bajos con contrataciones precarias.

Si todas la instituciones requieren a sus empleados ser como mínimo auxiliares de enfermería como lo exigen instituciones como el San Miguel en Cali o el Hogar Cosa Nostra de Bogotá o tecnólogos en gerontología como en la Red de Medellín (instituciones que tienen recursos de las Alcaldías) ¿qué pasaría con los hogares geriátricos pequeños o caseros donde en la mayoría de ocasiones cuidadora también es la dueña? La pregunta más importante, sin respuesta en este informe ¿qué pasaría con las personas adultas mayores que viven en estos hogares? ¿Cómo afrontar la problemática de que existen otras instituciones con personal no capacitado para la labor del cuidado, con experiencia pero sin títulos profesionales?

"Y por ejemplo cuando nos enfrentamos a ciertas instituciones que solamente son unas instituciones que son casas, en los barrios, donde tienen 4, 5 abuelos, y el dueño de la casa o la dueña de la casa ¿es la que ejerce la labor del cuidado con alguien de ahí del barrio?" […] *"debe desaparecer* [los Hogares] *Sí, porque mínimamente ese abuelo le está tomando una aspirina, y hasta esa aspirina tiene un efecto secundario, y mínimamente un auxiliar de enfermería debe saber leer un efecto secundario, y el cuidador ¿entonces si le vamos a empezar a enseñarle cosas del auxiliar de enfermería? Entonces ¿qué estamos? ¿En qué queda el*

auxiliar? o existe uno o existe el otro, o va a cambiar de nombre pero las funciones son iguales, eso es un juego." **(Fragmento del Grupo focal, Cali, noviembre del 2013)**

En este apartado se presenta el debate sobre el personal de instituciones pequeñas donde se ejerce la labor del cuidado de estratos bajos, que a pesar de sus problemas económicos, realizan una labor social que muchas instituciones no pueden abordar, porque hay un desborde entre personas adultas mayores en desprotección e instituciones geriátricas. En el campo de la capacitación hay soluciones para que la labor del cuidado sea reconocida reconociendo la experiencia de personas cuidadoras que no tienen títulos profesionales.

"Vea y es tan importante que teniendo en cuenta las características de nuestra población, por el mismo marco social de donde viene, o sea, si nuestros adultos mayores… estamos siendo ya unas personas con unas patología prevalentes que precisamente van a obligar a que ese cuidador tenga ese conocimiento [se capacite]. No es lo mismo el manejo que se le da, la asistencia a una persona mayor hipertensa, diabética, porque la mayoría de nuestros adultos mayores tienen el oxígeno y tienen el cigarrillito al lado. Entonces, él [cuidador] tiene que tener esa formación [geriatría] a lo que sería el cuidado de un adulto mayor sano, tiene que saber manejar esa persona, o sea, que eso le da una característica especial, tiene que tener una formación diferente [gerontológica y geriátrica] Inclusive, pienso que los auxiliares de enfermería que ya están ahí deberían ser selectos [con formación geriátrica y gerontológica]." […] "una complementación a gerontología". **(Fragmento grupo focal 2, Medellín, enero del 2014)**

Es necesario aclarar, que muchos de los interlocutores de esta investigación diferencian el cuidado que ofrece el cuidador como aquel capacitado de brindar un acompañamiento asistencial del cuidado y que el cuidado del auxiliar de enfermería, se percibe, como una labor más instrumental.

"Cuando estamos aquí en corrido, hay que llegar y bañar, hay que estar pendientes de tender las camas, de darles el desayuno, medicamentos, el almuerzo, cambiar

pañales a medio día, dejar la ropa lista para por la noche, todo el día está uno corriendo."

[Noche] "Preparo los medicamentos, miro que la ropa esté toda ordenada para el otro día, me levanto a las 3 y media, empiezo a bañar a las 4 y cuarto todos los que tengo que bañar y ya cuando venga la de las 7am tengo que tener los que están listos, ya el otro sigue [cuidador o auxiliar]." […] "así pues como para bañar y todo, son 14 [personas adultas mayores]

A la misma supernumeraria se le pregunto: ¿cuál sería la diferencia entre un auxiliar de enfermería y usted?:

"En que el auxiliar de enfermería conoce más que uno, es como un apoyo para uno. Pues la diferencia es que ellas saben colocar sondas, yo no lo sé hacer, ellas saben colocar un suero, yo no lo puedo hacer, me da el pánico con las venas ahí. [Qué es el cuidado] como estar pendiente de ellos, que no se vayan a deprimir, estar como pendiente todo el día de lo que ellos necesiten. **(Fragmento de la entrevista realizada a una Supernumeraria [persona que hace remplazos], Medellín, enero del 2014)**

En la mayoría de instituciones abordadas en el trabajo de campo. Las percepciones son que el cuidador tiene una labor más de acompañamiento de la persona adulta mayor en su parte anímica y existencial, lo que se denomina asistencial y que las auxiliares de enfermería manejan la labor instrumental. No obstante, estas percepciones contemplan la posibilidad de que tanto el cuidador o cuidadora o persona encargada del cuidado con experiencia que cumplen con labores como las de auxiliares de enfermería (sin serlas) sean tomadas como "personas cuidadoras institucionales".

Subcategoría emergente: Dueño-cuidador

Es una constante, que en instituciones geriátricas pequeñas, el cuidado lo ejerza la misma dueña(o) acompañada(o) de una cuidadora o auxiliar de enfermería, por ejemplo en Bogotá, de las cuatro instituciones visitadas para entrevistas, tres tenían esta característica. Las dueñas, que en ocasiones son mujeres auxiliares de enfermería o

gerontólogas, sufren una gran carga laboral puesto que ellas deben estar pendientes de las dos funciones administrar y cuidar:

> *"Aquí se trabaja 24 por 24, yo estoy todos los días, soy de las que hacen 24 por 24, hablo lo que yo hago, me levanto a las 4 de la mañana, entonces ya miro todo lo que es facturación, dineros que han ingresado, manejar toda la parte administrativa, empiezo a mirar los abuelos, cómo están, qué condiciones amanecieron, quién está enfermo, quién requiere de más cuidado, quién comió, quién no comió, a pasarlos al baño, a mirar pues quien haya quedado de la mañana, es a colaborarles a ellas en el trayecto del día."* **(Fragmento de la entrevista realizada a una Dueña cuidadora [auxiliar de enfermería], Bogotá, diciembre del 2013)**

> *"En la mañana bueno, recibo turno, empiezo pues a medio organizar, a barrer, a organizar la fundación, si pues hay que lavar algún baño, se lava, se organiza y está uno pendiente de los abuelos, cuando los vienen a recoger para llevarlos al médico tenerlos listos, tener los documentos listos que necesiten los familiares, eso es en la mañana básicamente; medio día se reparten almuerzos, está uno pendiente que estén almorzando que todo esté bien, si alguno necesita ir al baño pues lo llevamos, en la tarde pues se está pendiente de recoger la ropa, hay una abuela que ella nos hizo el favor de doblar la ropa y ya nosotros nos encargamos de repartirla, se reparten medicamentos de por la tarde, eso básicamente y ya sobre las 4 y media, 5 de la tarde empezamos a repartir medicamentos para acostar abuelitos, y ya en la mañana […]ellos 5 de la tarde ya están pidiendo acostarse, y está uno pendiente que los que tienen oxígeno que el aparato esté funcionando bien, que las mangueras estén permeables, eso, hay una abuelita allá arriba que tiene un CA de páncreas, entonces tenemos que estar pendientes de ella, eso en la noche, y cada hora uno sube, yo por lo general subo cada 3 horitas y miro todos los que están, que estén bien, qué necesitan, y ya, y en la mañana ellos se levantan, ni siquiera uno los levanta, ellos se levantan a las 5 de la mañana y empiezan a pedir pues que su baño porque se levantan pues mojados, eso, entonces empezamos a bañar.* **(Fragmento de la entrevista realizada a una Auxiliar de enfermería [hija de la dueña del hogar] Bogotá, diciembre del 2013)**

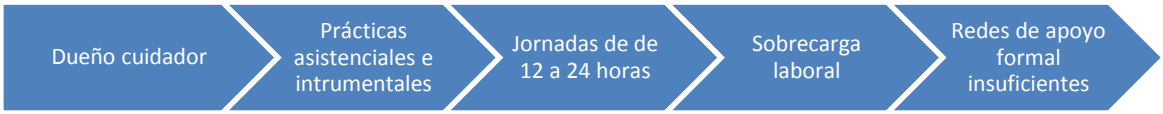
Se observa que la sobrecarga laboral es muy fuerte debido a los turnos que implementan algunas instituciones, abordadas en la investigación, con turnos de 24 por 24 horas, lo que quiere decir que sólo hay un(a) cuidador(a) o auxiliar de enfermería para las labores del cuidado. Con esta sobrecarga es difícil que en este tipo de instituciones se perciba una red de apoyo formal para sus instituciones que en su mayoría no cumplen con requisitos de infraestructura para su acomodamiento. Y en muchas circunstancias las familias de los dueños(as) viven en la misma institución ya sea en casa de dos o tres pisos y un piso para la familia.

> *"Sí, inclusive yo me fui un tiempo de acá ¿cierto doña Clarita? Yo duré casi 1 año fuera de acá, pero casi me acaban el hogar, yo tenía unas enfermeras que no estaban como de acuerdo con el cuidado de ellos y hacían lo que les parecía, según ellas mejor, y no. Entonces ¿yo qué hice? La única forma de estar al pendiente era estar acá, y llevo 7 años con el hogar, y 7 años llevo viviendo acá, 1 año que salí, pero igual, ya venía aquí permanente. Cuando ya ellas se fueron, que no habían durado sino 4 meses, volví nuevamente a quedarme acá, me quedaba en un sillón, me quedaba en una silla por ahí, cualquier cama donde no hubiera abuelo, con la intención de estar acá, porque esto no es plata." […] "yo me levanto entre 5 y 6 de la mañana más o menos cuando me coge el sueño, paso revista, doy medicamentos, tomo signos vitales y empiezo a levantar a los que ya están despiertos, pasarlos al baño, a organizarlos, y a las 8 de la mañana ya están todos en la mesa desayunando, luego a las 9, 9 y media más o menos comienza uno a hacerles ejercicios, a hacerles las actividades diarias, a las 10 y media les da uno las onces, está uno ahí, los ponen a bailar después de las 11, nosotros tenemos un cronograma donde están las actividades diarias, luego las 12 y media están almorzando, ya después pasan a hacer la siesta, en la hora de la tarde hacen pereza, miran televisión, los que quieran trabajar en una actividad se ponen a trabajar, reciben visitas, las visitas son de 10 de la mañana a 6 de la tarde, o sea que es constante; en la hora de la tarde ya nuevamente se toman signos vitales, se pasan a la cena, se les lava los dientes, se cambia el pañal, se empijaman, se llevan a sus habitaciones, se les da su medicamento nuevamente; la hora de la noche*

pasa uno, les hace ronda, a las 9 y media y 10 está uno entre esas rondas, a las 12 o 1 está uno otra vez en la ronda y a la hora de la madrugada, eso de 3, llega mi esposo y él hace la ronda nuevamente. **(Fragmento de entrevista realizada a una auxiliar de enfermería, Bogotá, diciembre de 2013)**

La anterior cita, refuerza el esfuerzo laboral al que se ven enfrentados los dueños y personas cuidadoras que plantean una ventaja en la labor del cuidado que es estar pendientes de las personas adultas mayores que tienen a cargo, en todo momento y a toda hora. Esfuerzo que puede acarrear quebrantos de salud y emocionales ya explicados en el apartado de Sobrecarga laboral.

Grafico 36. Ciclo de sobrecarga laboral del cuidador



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

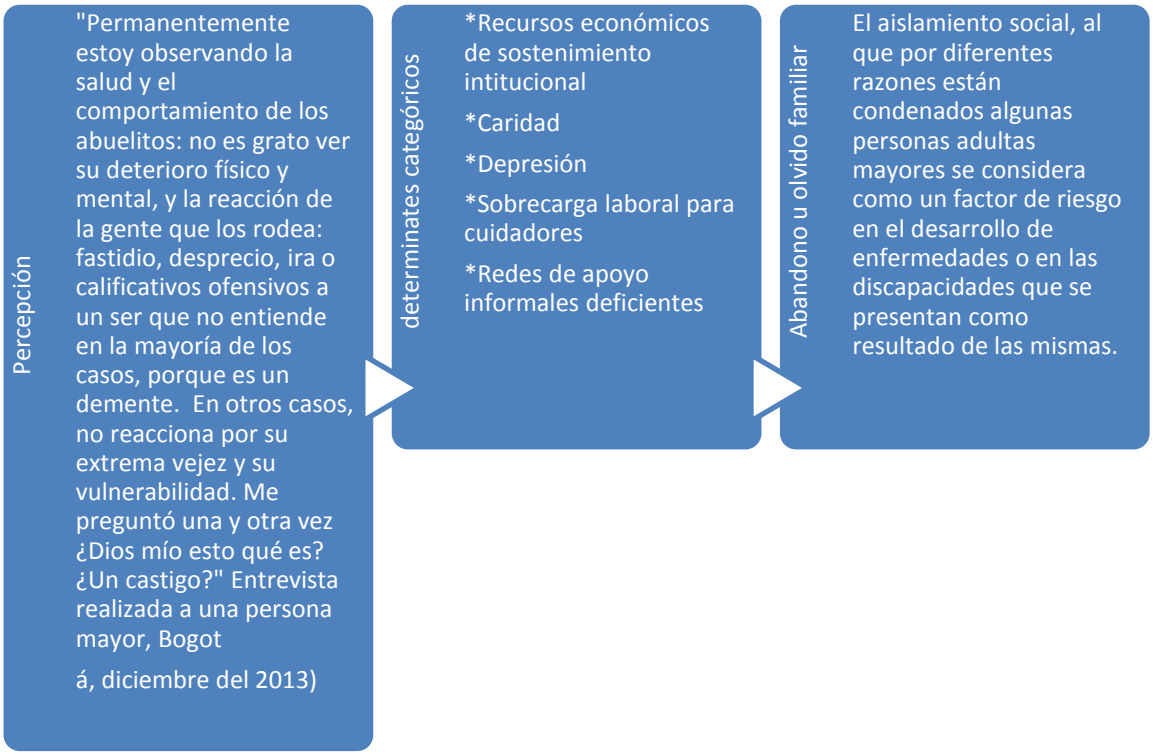
Algunas ventajas manifestadas sobre este tipo de instituciones, consiste que en muchas ocasiones se toman como un negocio familiar, es que los trabajadores son sus propios jefes y que están pendientes las 24 horas del día de sus usuarios y residentes. Muchos auxiliares de enfermería y gerontólogos deciden empezar este tipo de negocios en sus propias casas o alquilando una casa. Pero una gran desventaja es la forma de contratación de las personas que les colaboran en la atención del cuidado: son esas persona que ayudan en los turnos o las misma persona encargada de oficios varios. No sólo se presenta el caso de instituciones muy pequeñas de 2 personas cuidadoras sino aquellas medianas que pueden contar hasta con 4 personas cuidadoras en diferentes turnos.

"A ellas se les hace un contrato de una paga diaria… que, turno hecho, turno pago. Pero entonces, como ellas quieren recibir su quincena, se les paga quincenal… No podemos hacer contrato con prestaciones, la mayoría, todas tienen es su SISBEN porque tiene muchos beneficios, por qué eso de Familias en Acción, tienen bonos para los niños cuando estudian. Entonces, si ellos se meten a una EPS, no van a tener esos servicios […] la institución no da para uno pagar prestaciones, pero es tanta la necesidad. Uno le advierte que aquí es contrato paga diario o se les paga quincenal y ellas aceptan porqué es tanto la necesidad, porque no les dan la posibilidad de trabajar a un nivel hospitalario […] se les paga un salario mínimo y las que trasnochan se les da 600.000 al mes. **(Fragmento de la entrevista realizada a una administradora de un hogar geriátrico, Cali, noviembre del 2013)**

Este tipo de hogares (abordados en trabajo de campo) no puede ofrecer una sustentabilidad económica a las personas cuidadoras puesto que su empleo depende del número que cuidan, o mejor del número de familias que pagan por el cuidado de la persona adulta mayor. Este tipo de instituciones se ven enfrentadas a un constante olvido familiar, que se refleja en el no pago de las mensualidades. Aunque esto sucede en instituciones de los más altos estratos. Pero en los estratos bajos se observan las dificultades económicas de instituciones privadas que no tienen frente a otras instituciones que reciben dineros públicos. Esta no es la única característica del olvido familiar.

Subcategoría emergente: Abandono u olvido familiar

Grafico 37. Abandono u olvido.



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

El abandono y el olvido familiar se refleja en este estudio como una constante en todas las instituciones de las cuatro ciudades abordadas. Esto produce para las personas mayores un detrimento de su salud y hace que las labores del cuidado sean más pesadas al no contar con una red de apoyo primaria para la labor. En ocasiones para algunas personas mayores estar en la institución da una percepción de seguridad al ser un espacio de protección diaria.

Desde el enfoque del cuidado, y para el caso de esta investigación, hay tres variantes: a) el abandono y olvido familiar al cual son sujetos personas adultas mayores en estado de vulnerabilidad completo o en desprotección total: b) instituciones protectoras que mejoran

la calidad de vida; c) las repercusiones del abandono y olvido familiar en las instituciones y salud de las personas cuidadoras institucionales (práctica del cuidado, estrés).

Análisis descriptivo del abandono u olvido desde el adulto mayor

Una de las entrevistas más sentidas que se realizó en la ciudad de Bogotá puede resumir el sentir de la mayoría de personas adultas mayores que se sienten abandonados u olvidados.

> *"Mi hijo me dijo que no podía ir [venir a Cali] entonces dije –bueno entonces nos vamos para Bogotá, yo no tengo otra alternativa–. Entonces, le anticipé –me buscas un apartamento y llegamos por la noche, cuando llegamos–. Entonces, fuimos a parar por allá en un quinto piso –pero hijo, no te acuerdas lo que te dije ¡es que tu papá! ¡Es un bebé! y en las condiciones que está, cada rato para el médico–. Convulsionaba terrible [su esposo] Y me dijo –sí, eso ahora pronto lo soluciono, es que ahora no puedo todo mamá–. Al momentico noté que se alteró, duré viviendo 8 días con ellos y terminamos a los 8 días chocados y terminé en la calle, mi hijo está casado con una abogada, me dejó en la calle, y bueno un final feliz para ellos ¿y para mí? Menos mal encontré aquí a mi familia que hacía como 40 y pico de años que no los veía. […] yo dije –le voy a demostrar a mi hijo que yo no soy ninguna dormida– y cogí a recorrer por todas partes, aquí, me metí a defensoría del pueblo, me metí a la personería ¿a dónde no me metí? consultorios jurídicos y le sacaba boleta de citación al hombre y, no cumplía, no iba a ninguna. Aquí la ley se [El quien cita jurídicamente] –yo le apuesto que si yo vengo y a mí me sacan una boleta y no le cumplo, entonces si van por mí, siendo yo una vieja y siendo yo la ofendida–. Entonces, él se hacía el bobito y me decía la respuesta y finalmente no me respondía. Así, no se solucionó y cuando mi hermana me visitaba le daba por preguntar y me agarraba a llorar –no ¿pero qué fue lo que te pasó? ¿Fue qué te embobaste? ¿También como estabas en Cali? ¿Qué pasó? pero mira, yo siempre soluciono, anoche hablé con mi sobrina que está en Estados Unidos en Indiana, está súper bien, allá está casada con un norteamericano, un pastor, un muchacho excelente persona y está bien, ella también y está preparada, entonces hablé con*

> *ella y me sugirió […] que ella aportaba con todo lo que pedían en el ancianato y nosotros ya nos ponemos de acuerdo con mis hijos cómo te ayudamos, no llores más eso es terrible, no te humilles–, y eso fue rapidito, rapidito."* **(Fragmento de la entrevista realizada a una mujer adulta mayor, Bogotá, enero del 2014)**

El cómo una persona que vive bien, llega a su ancianidad y empieza a caer en desgracia. Pero queda una desazón que se repite en la historia de los abandonados y abandonada u olvidados u olvidadas por su familia:

> *"Yo le digo a las señoras, señoras el día que yo me enferme no corran a darme, que vitaminas, no, déjeme morir, el proceso natural. Sólo el dolor que si es algo terrible, una pastilla, pero que cojan de darle a uno que para qué. Si esto es vivir, sentarse uno como un bobo todo el día, y si es abajo por ejemplo [primer piso del hogar], los abuelitos, uno frente al otro y se miran y, a la abuelita no le gustó a la otra abuelita, hacen gestos, de pronto se rozaron, siéntese bien – ponga bien esas patas que me está maltratando–. Eso es verdad, no es exagerado. Entonces, yo todo eso lo vivo, entonces eso es lo que escribo ¿qué voy a hacer? Como no tengo con quién hablar y si me pongo a molestar a mi familia que me está ayudando, los desespero, porque ellos dirán. Yo me hago la reflexión –Se le está ayudando y coge a molestar, no pues que se defienda sola–. Cierto, entonces, yo me quedo callada, pero entonces, mi cuaderno es el que me aguanta todo."* **(Fragmento de la entrevista realizada a una mujer adulta mayor, Bogotá, enero del 2014)**

Uno de los efectos del olvido familiar en la parte psicológica de las personas adultas mayores es el deseo de morir, la depresión.

> *La prevalencia de depresión en ancianos varía según el escenario donde se estudie. Los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42 por ciento, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad. En los pacientes hospitalizados por condiciones médicas la prevalencia de depresión también es bastante elevada, variando entre 5,9 y 44,5 por ciento, según los*

> *criterios diagnósticos que se utilicen.*[17] *[…] En un metaanálisis en el que se combinaron los resultados de 20 estudios prospectivos realizados con sujetos de la comunidad entre los 58 y 85 años se halló que los factores de riesgo significativos para depresión en ancianos son: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo y género femenino. Estudios llevados a cabo con ancianos institucionalizados, como en el Canadian Study of Health and Aging (CSHA) y el Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED) reportaron factores de riesgo similares a los apreciados en pacientes de la comunidad, entre los que se destacan: dolor, enfermedad cerebrovascular, pobre soporte social, eventos vitales negativos y percepción de un cuidado inadecuado*. (PEÑA, HERAZO, & CALVO, 2009)

Los estudios científicos dan la razón de la depresión de la interlocutora, donde el pobre soporte social y la percepción inadecuada de cuidado son factores de depresión del adulto mayor, que causa riesgos para su la salud. Y en la parte existencial pierde los deseos de vivir.

> *"Ignorancia*[18]*: una injusticia, es un proceso determinado por dios, pero para qué, por qué será, para sensibilizar a los jóvenes, será para dar oportunidad a seres felices viendo a otros seres excepcionales, será para castigar a los soberbios que se creen dueños del universo, mostrándoles lo que les esperará años más tarde. Es un misterio que nadie puede explicar pero que atormenta a la humanidad, los ancianos somos un estorbo, no producimos, solamente consumimos, perdemos nuestras habilidades por la atrofia de nuestros sentidos, demandamos atención de las actividades más elementales, nuestro aspecto de deterioro y feo molesta a la sociedad, incluido los niños. Conclusión: no prolongar el sufrimiento de los ancianos revitalizándolos.* **(Fragmento de la entrevista realizada a una mujer adulta mayor, Bogotá, enero 2013)**

[17] El autor cita para estas estadísticas los estudios: **Beyer J.** Managing Depression in Geriatric Populations. Ann Clin Psychiatry. 2007; 19: 221-238. **Jongenelis K.** Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. J Affect Disord. 2004; 83: 135-42. **Kock RM.** The prevalence of depression in elderly medical inpatients. J Affect Disord. 1995; b 21; 33 (2): 77-82. **McCusker J.** The prevalence and correlates of Major and Minor depression in Older Medical inpatients. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 1344-1353.

[18] Este fragmento fue leído por el entrevistado por pedido de la entrevistada

Otro aspecto importante son las prácticas del cuidado para personas que ya no quieren vivir o se encuentran en altos grados de depresión. Las labores del cuidado en este marco, se hacen más difíciles al interior de las instituciones.

El Cuidado alrededor del olvido familiar

> *"Aquí hay abuelos que vinieron y los trajeron y no vienen si no cada mes a traer la mensualidad y no más. No hay, en un Día de la Madre ¡yo me voy a llevar a mi Mama para que esté con nosotros! o ¡yo me voy a llevar a mi Abuela! O ¡me voy a llevar a mi Papa! No porque ellos creen que porque traen al familiar a una institución ya no tienen si no que pagar y pagar, pero lo que es la parte afectiva. Cuando hay que trasladar un paciente a un servicio de urgencias, siempre se requiere de un acompañante […] arriman a la puerta -¡vea! Vea! El paquetico de papel higiénico, el jabón de baño […] hay problemas con familiares que también están enfermos, que tienen problemas psiquiátricos y vienen a traerle más problemas al familiar, a contarle que al fulano le pego, que está debiendo tanta plata. Qué hacen con el paciente, me lo dejan desestabilizado […] la abuelita, no va a querer comer se va a poner a llorar […]* **(Fragmento de entrevista realizada a una directora-cuidadora, Cali, noviembre del 2013)**

Relacionando el abandono familiar con la sobrecarga laboral, a la cual son sujetos se puede afirmar, que el apoyo de la red primaria denominada *familia,* es esencial para la labor del cuidado, no simplemente porque se les pague su estadía en un hogar o se les lleve los medicamentos o pañales sino por el afecto que trasmiten a las personas mayores. Se deben crear *redes de apoyo sentimental*, familiar o vecinal alrededor de las personas adultas mayores, abandonados u olvidados para hacerlos sentir parte de una familia logrando que tengan mejores perspectivas de una calidad de vida.

¿Cómo se contrarresta el abandono u olvido de las personas adultas mayores?

La labor del cuidado institucional es necesaria para protección de la mayoría de personas mayores especialmente de aquellas que se encuentran en altos grados de desprotección.

"Vea yo llegué acá, yo primero estaba en centro-día 2, yo me quedé 2 años allá, yo desde la edad de 9 años estoy en la calle, mi mamá me ultrajaba muy feo, me echaba de la casa, me pegó una pela y con la última pela que me dio tan feo me fui para la calle. ¿De centro-día? ¡ah! cada rato me cogían del espacio público y me llevaban para el patio y yo de ese patio me quedaba 4, 8 días, me bañaba, comía y volvía y me iba para la calle, bueno hasta que ya quedé cieguita hace 2 años. Me vine para centro día yo misma porque yo ya estaba dispuesta a que me matara un carro, ya me había aporreado una moto por lo cieguita. Entonces, ya cogí para centro-día y allá me quedé 2 años y me cogieron el cariño más horrible, entonces ahí me preguntaron, una líder que se llama Patricia me dijo que si a mí me gustaría qué me consiguieran un lugar mejor para mí. Yo le dije que sí, entonces me dijeron –tiene que esperar porque es demoradito–. –Tranquila que yo espero, yo no me les voy de acá, yo espero–, hasta que me salió este lugar tan hermoso, hace 2 meses, voy a cumplir 2 meses. Yo llegué acá me parece que el 11 de diciembre llegué acá, voy a cumplir 2 meses, súper amañada, me tratan muy bien, el cariño que no me daban en mi casa me lo dan todas las enfermeras acá, mis compañeras me quieren mucho, yo estoy súper amañada acá, me corren con todo, con la ropa." **(Fragmento de la entrevista a mujer adulta mayor, Medellín, enero del 2014)**

La entrevista anterior señala las sensaciones de personas mayores en estado alto de desprotección abandonada y maltratada, encuentra un *"pedacito de cielo"* como afirmaba la presidenta de un hogar en Cali. Tanto, entidades de protección que cuentan con apoyo del Estado, instituciones privadas que subsisten del pago de los familiares, como otras instituciones privadas que asisten a personas abandonadas o de bajos recursos con el apoyo de la gestión de sus administrativos(as), realizan una labor importante al cuidado y brindan calidad de vida a sus usuarios. No obstante, hay ciudades que tienen mejor panorama y estas son las que cuentan con la estampilla y cuentan con centro vida basados en la Ley 1276 del 2009[19] (EL CONCRESO DE COLOMBIA, 2009) Los Centros

[19] Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o personas adultas mayores) de los niveles 1 y 11 de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Artículo 2°. Alcances. La presente ley aplica en todo el territorio nacional; en las entidades territoriales de cualquier

Vida ofrecen un gran beneficio a las personas en Colombia que se basa en la voluntad política de crear la estampilla por parte de las administraciones municipales.

> *"Bueno, yo soy la coordinadora que tiene que estar pendiente de cómo funciona todo allá, de la cobertura, que se cumpla la cobertura. Todo en beneficio de los abuelos, que estén bien, que asistan, que dentro del Centro de Vida se cumpla con todos los componentes con los que trabaja el proyecto, trabajamos con un grupo base que ellos nos visitan en el Centro de Vida, que son el médico, el psicólogo, el fisioterapeuta, el nutricionista, atienden bien a los abuelos. En la parte de la alimentación también, porque por lo menos en centro de vida, hace las comidas, hace los desayunos y los almuerzos. Entonces, el mío es uno de esos, por eso tengo que estar pendiente de la manipulado de la cocina haga bien los alimentos, la cantidad que se requiere, que salga la comida a tiempo, por hora, tienen un horario de desayuno, para el almuerzo y pues en general por el bienestar de los abuelos en Centro de Vida" […] "En la mañana hay un poquito menos que por la tarde, en la mañana tenía aproximadamente unos 38 abuelos y en la tarde tenemos 47 abuelos, ellos es más que todo, siempre hay menos en la mañana porque ellos más que todo con el almuerzo, aunque el desayuno también es bueno, pero ellos más que todo por la alimentación porque más que todo son estratos bajos."* **(Fragmentos de entrevista realizada a una Coordinadora, Barranquilla, enero 2014)**

En esta investigación también se abordó el servicio que ofrece algunas instituciones que se denomina Centro Día, donde personas adultas mayores reciben asistencia en el día y vuelven a sus casas con sus familias las cuales no cuentan con el tiempo suficiente para el cuidado o no tienen los conocimientos en geriatría o gerontología para ofrecerles ciertos servicios profesionales que si ofrecen estas instituciones:

> *"Vea, aquí vivimos, a algunas personas no les gusta hacer nada, no quieren nada, viven por ahí sentadas, muy pocas, la mayoría están allá por donde pasamos de*

nivel, que a la fecha hayan implementado el cobro de la estampilla y estén desarrollando programas que brinden los servicios señalados en la presente ley. Los recursos adicionales generados en virtud de esta ley, serán aplicados a los programas de adulto mayor, en los porcentajes aquí establecidos.

> *Centro Día, de arriba de pensión bajan a Centro-Día porque allí pintan, allí tienen ejercicios, allí tienen 3 cuidadoras, 3 niñas, 3 auxiliares y son muy queridas, pero ellas tienen un poquito de independencia porque ellos vienen por la mañana de 8 a 9 y se van 3:30. Entonces, ellos cuidan a estas personas que los familiares no los pueden dejar en la casa solitos, entonces tienen un campo aquí y vienen. Algunos muy necios. A veces hay que cerrar allá porque quieren vivir andando por todo esto que es muy grande y se pierden o se caen y es peligroso, bueno entonces allá tienen el proyecto que funciona como Centro Día de estas personas, a veces que hay muchas personas, hay 25, 30, o algo así, pero todos los días bajan la mayoría de arriba porque tienen mucha variedad, pintan o escriben, yo no sé ahí les ponen mucho trabajo, yo estoy un poco más independiente en la parte de allá, otras personas juegan parqués o de esos juegos de sala acá en el otro salón como esto es tan grande […]* **(Fragmento de entrevista realizada a una persona mayor, Cali, Noviembre del 2013)**

Este programa tiene un costo para las familias, el beneficio para los usuarios: ocupación del tiempo libre y capacitaciones; cuidados en salud, rehabilitación y lúdica y recreación.

Los Centros Vida y los Centros Día son formas de protección del adulto mayor, los primeros trabajan con un enfoque de manejo social del riesgo (prevención, mitigación y superación) los centros día son opciones para que las familias puedan darle una mejor atención a sus familiares permitiéndoles tener los beneficios de una persona residente, pero con el calor del familia al volver de nuevo a sus casas. Los dos ofrecen atención diurna con servicios gerontológicos:

> *"Con base en un Aprendizaje Gerogógico*[20] *las actividades se centran en aspectos físicos, mentales y sociales que promueven estilos de vida, hábitos saludables, nuevas maneras de utilizar el tiempo libre; prevención cognitiva y la identificación y fortalecimiento de las redes de apoyo social. Las actividades se realizan alrededor del gimnasio mental."* (ALCALDÍA DE MEDELLÍN)

[20] La Gerogogía, definida por M. E. Hartford (1976) como "el arte y la ciencia de enseñar a los mayores" (PERIS, 1986)

8.3. Descripción de la información de programas de formación para personas cuidadoras

La descripción se realizó con información obtenida de las páginas web oficiales del Ministerio de Educación Nacional y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) sobre programas de educación para el trabajo y desarrollo humano y sobre programas de educación superior.

a. Educación para el trabajo

En la siguiente tabla se encuentran los programas de formación para el trabajo, los 11 programas pertenecen al sector privado y se encuentran activos. 7 programas certifican como técnicos laborales y 4 certifican conocimientos académicos. Los programas se ofrecen en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Buenaventura y Zapatoca

Tabla 10. Programas de educación para el trabajo

Secretaria de Educación	Institución	Departamento Ciudad	Sector	Programa	Tipo de certificado
SEM de Cali	Cruz roja colombiana seccional Valle del Cauca	Valle del Cauca Cali	Privada	Atención básica al adulto mayor	Conocimientos académicos
SEM de Cali	Instituto técnico de gestión empresarial ITGEM	Valle del Cauca Cali	Privada	Atención y cuidado a las personas en el domicilio	Técnico laboral
SEDistrito Bogotá	Centro de desarrollo integral CEDI	Bogotá D.C.	Privada	Atención y cuidado de personas mayores y / o en situación de discapacidad	Técnico laboral
SEM de Medellín	Instituto de educación Comfenalco "Consuelo Montoya Gil"	Antioquia Medellín	Privada	Técnico laboral en atención integral y social al adulto mayor	Técnico laboral
SEM de buenaventura	Fundación instituto técnico superior sistematizado "INTSA"	Valle del Cauca Buenaventura	Privada	Técnico laboral en atención al adulto mayor	Técnico laboral
SEM de Medellín	Corporación presencia colombo - Suiza	Antioquia Medellín	Privada	Cuidador domiciliario	Conocimientos académicos
SEDepartamental Santander	Instituto para el fomento de la educación y gestión socio ambiental "IFEGES"	Santander Zapatoca	Privada	Técnico laboral en atención y cuidado de personas a domicilio	Técnico laboral
SEM de Medellín	Institución educativa ECOSESA	Antioquia Medellín	Privada	Cuidador del adulto con limitada autonomía	Conocimientos académicos
SEM de Apartado	Institución educativa ECOSESA	Antioquia Apartadó	Privada	Cuidador del adulto con limitada autonomía	Conocimientos académicos
SEDistrito Bogotá	MEDISED institución de educación para el trabajo y desarrollo humano	Bogotá D.C.	Privada	Técnico laboral por competencias en auxiliar cuidado y asistencia integral a personas mayores	Técnico laboral
SEM de Medellín	Corporación presencia colombo - Suiza	Antioquia Medellín	Privada	Técnico laboral como cuidador domiciliario	Técnico laboral

Fuente: Sistema de Información de la Educación para el Trabajo y desarrollo humano (SIET). Acceso: 27 de febrero de 2014.

- Técnico en asistencia integral a personas mayores (SENA):

Programa de educación para el trabajo perteneciente al sector oficial. El programa se encuentra activo y se ofrece a las personas cuidadoras que se encuentran vinculadas a las instituciones que prestan servicios a la persona adulta mayor. La institución debe realizar la solicitud formal ante el subdirector del SENA de su regional. El programa se brinda en las regionales del SENA de Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Huila, Nariño, Santander, Sucre, Valle del Cauca y Casanare. (SENA, 2013)

b. Educación superior

En la siguiente Tabla se encuentran los programas de educación superior. De los 17 programas registrados, 7 pertenecen al sector oficial y 10 al sector privado. 6 de estos programas se encuentran activos (3 del sector oficial y 3 del sector privado), entre los programas activos se encuentran 3 pregrados (1 tecnológico y 2 universitarios) y 3 posgrados (2 especializaciones y 1 maestría). Los programas activos se encuentran en las ciudades de Bogotá, Medellín, Rionegro, Manizales y Armenia.

Tabla 11. Programas de educación superior

Nombre de la institución	Departamento Municipio	Sector	Estado	Nombre del programa	Nivel académico	Nivel de formación
Colegio Mayor de Bolívar	Bolívar Cartagena	Oficial	Inactivo	Especialización tecnológica en gerontología	Pregrado	Tecnológica
Corporación Universitaria Remington	Antioquia Medellín	Privada	Inactivo	Tecnología en gerontología	Pregrado	Tecnológica
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Bogotá D.C	Privada	Activo	Especialización en enfermería gerontología	Posgrado	Especialización
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Bogotá D.C	Privada	Inactivo	Especialización en gerontología	Posgrado	Especialización
Tecnológico de Antioquia	Antioquia Medellín	Oficial	Activo	Tecnología en gerontología	Pregrado	Tecnológica
Tecnológico de Antioquia	Antioquia Itagüí	Oficial	Inactivo	Tecnología en gerontología	Pregrado	Tecnológica
Universidad Católica de Oriente	Antioquia Rionegro	Privada	Activo	Gerontología	Pregrado	Universitaria

Universidad de Caldas	Caldas Manizales	Oficial	Activo	Maestría en gerontología, envejecimiento y vejez	Posgrado	Maestría
Universidad de la Salle	Bogotá D.C	Privada	Activo	Especialización en gerontología social	Posgrado	Especialización
Universidad de San Buenaventura	Valle del Cauca Cali	Privada	Inactivo	Gerontología	Pregrado	Universitaria
Universidad de San Buenaventura	Valle del Cauca Tuluá	Privada	Inactivo	Gerontología	Pregrado	Universitaria
Universidad de San Buenaventura	Bogotá D.C	Privada	Inactivo	Gerontología	Pregrado	Universitaria
Universidad de San Buenaventura	Bolívar Cartagena	Privada	Inactivo	Especialización en gerontología	Posgrado	Especialización
Universidad del Quindío	Quindío Armenia	Oficial	Inactivo	Gerontología	Pregrado	Universitaria
Universidad del Quindío	Quindío Armenia	Oficial	Activo	Gerontología	Pregrado	Universitaria
Universidad del Valle	Valle del Cauca Cali	Oficial	Inactivo	Especialización en gerontología	Posgrado	Especialización
Universidad Libre	Atlántico Barranquilla	Privada	Inactivo	Especialización en gerontología	Posgrado	Especialización

Fuente: Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Acceso: 27 de febrero de 2014.

c. Déficit de formación de personas cuidadoras

Retomando lo resultados de la encuesta para establecer el déficit de formación se encontró que:

En Medellín el 23.9% y en Cali el 10.64% de las personas cuidadoras refirió haber cursado algún programa de formación técnica relacionado con el cuidado de las personas adultas mayores, en el resto de las ciudades se encontró que menos del 3% de las personas cuidadoras tienen formación técnica relacionada con población mayor de 60 años.

Más del 70% de las personas cuidadoras en las cuatro ciudades reportó no haber recibido capacitación en cuidados de las personas adultas mayores por parte de una institución de educación formal. En particular el 92.7% en Barranquilla, seguido del 85.4% en Bogotá, el

83% en Medellín y el 73.9% en Cali reportaron no haber recibido esta clase de capacitación.

El 45% de las personas cuidadoras reportó no haber recibido educación para el trabajo relacionada con cuidado de personas adultas mayores. En particular el 63% en Bogotá, seguido del 62% en Cali, el 52,1% en Medellín y el 46,4% en Barranquilla reportaron no haber recibido esta clase de capacitación.

La dificultad más frecuente para acceder a capacitación sobre el cuidado de la persona adulta mayor es el alto costo de los programas. En Cali el 54.9%, en Barranquilla el 53.6%, en Medellín el 51.8% y en Bogotá el 50%, de las personas cuidadoras afirmaron la falta de tiempo disponible como otra dificultad para recibir capacitación.

8.4. Análisis por categorías (Triangulación)

Los resultados obtenidos por medio de tres técnicas de investigación: encuesta, entrevista semiestructurada y grupo focal concurren en cuatro categorías de análisis: prácticas de cuidado, empleo y condiciones de trabajo, educación y redes de apoyo. De acuerdo a Okuda y Gomez (2005) la triangulación se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno. En este informe se triangula usando información obtenida por varios métodos sobre el sujeto de estudio: la persona cuidadora institucional.

La triangulación en esencia se refiere a aumentar la validez correspondiendo a operaciones combinadas y estrategias mixtas para promocionar abordajes completos y complejos de datos recolectados. En este caso es una triangulación metodológica más no teórica, así se obtienen unidades multidimensionales. (Anexo #)

Las categorías de análisis que se representan a continuación se describen con el propósito de abordar el objetivo general de esta investigación exponiendo los presupuestos más importantes de las percepciones y la descripción cuantitativa.

a. Practicas del cuidado

Como se describió en los resultados anteriores las actividades que realizan la mayor parte del tiempo y que las personas cuidadoras reconocen como su quehacer, corresponden a ayudar en actividades de la vida diaria básica - AVDB. Retomado Bourdieu (1988) la práctica vista como una relación que promociona el aprendizaje y valora el mundo sensible, de ahí que al hacer referencia a prácticas de cuidado en la conceptualización de este estudio, el equipo de investigación se aproxime a la definición de MacIntyre (1991, citado por Bernner):

> *"Más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene la noción del bien y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados".* (MacIntyre 1991, citado por Bernner)

La labor de las personas cuidadoras se encuentra representada principalmente en la ayuda a la realización de las AVDB de las personas adultas mayores a cargo para brindar bienestar.

El concepto **"Cuidado"** elaborado a partir de las percepciones de las personas cuidadoras se traduce en tener en cuenta los pensamientos, sentimientos y sentires de las personas adultas mayores y las causas de sus tristezas o depresiones desde lo existencial y psicológico; deben hacerlos sentir útiles para su mundo. Además las personas encargadas del cuidado deben tener conocimientos para prevenir y contrarrestar sus enfermedades, sus dolencias desde lo físico con conocimientos geriátricos y gerontológicos. La persona cuidadora se debe apoyar del un grupo de especialistas en determinados temas para así ejercer una adecuada labor con médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras jefes y recreacionistas, entre otros. Para aquellas personas adultas mayores que son totalmente dependientes la persona cuidadora debe hacer todo lo que ellos pudieron hacer en una época.

Es importante aclarar que más que mencionar por separado el rol de la persona cuidadora y el auxiliar de enfermería, se debe hablar de un grupo de profesionales y personal de apoyo al cuidado que se encuentran preparados para brindar calidad de vida a sus usuarios que son las personas adultas mayores ya sean estos pensionados, personas a las cuales su estadía en las instituciones las paga la familia o personas en situación de abandono.

b. Empleo y condiciones de trabajo

En esta categoría lo que resalta en primera instancia es la forma de vinculación de las personas cuidadoras con las instituciones, donde para la mayoría no media un contrato laboral, en las entrevistas se logró evidenciar que esta situación se da por los bajos ingresos y la necesidad de continuar recibiendo beneficios de programas asistenciales establecidos para la erradicación de la pobreza extrema como Familias en Acción. Un contrato de prestación de servicios o laboral les implica cotización al Sistema de

Seguridad Social y debido los bajos ingresos reportados como percibidos por su labor de cuidado, en los resultados de la encuesta más del 15% de las personas cuidadoras de las cuatro ciudades desea cambiar de empleo, la principal razón fue el mejoramiento de los ingresos (40% de los que quieren cambiar de empleo), ratificando así el descontento con el pago por su quehacer institucional.

También se encontró una debilidad importante en las condiciones de empleo de las personas cuidadoras que no cuentan con afiliación a ningún régimen de Seguridad Social, en Bogotá y Medellín es alrededor del 13%, mientras que en Cali y Barranquilla está por debajo del 6%. Excepto en Medellín, para las otras ciudades más del 50% de las personas cuidadoras no se encuentran afiliadas a un fondo de pensiones. De igual forma, en Bogotá y Cali la mayoría de ellos no se encuentran afiliados a una Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL), mientras en Medellín y Barranquilla más del 60% se encuentran afiliados a una ARP (62.5% en Medellín y 60.7% en Barranquilla).

Otro aspecto a resaltar en esta categoría es la sobrecarga laboral, donde la fatiga es el resultado de la exposición a la carga física y mental generando accidentes y enfermedades laborales.

c. Formación de las personas cuidadoras

Para este estudio se planteó establecer el déficit de formación de personas cuidadoras, se encontró que más del 70% y el 45% de ellos no han recibido capacitación en cuidados de las personas adultas mayores por parte de una institución de educación formal y de educación para el trabajo, respectivamente en las cuatro ciudades del estudio.

En contextos internacionales se han encontrado resultados parecidos, relacionados con bajos porcentajes de formación en las personas cuidadoras, que manifiestan que la mayoría de ellos son personas con déficit en conocimientos y oportunidades laborales, siendo esto un factor de riesgo para su salud debido a que tienen menos recursos cognitivos para enfrentar el cuidado y menor acceso a la información necesaria para

asumir esta labor, lo que ocasiona menos oportunidades para su propio desarrollo social. (Achury, 2011) (Espín, 2008)(Cardona, 2011)

Otros hallazgos importantes fueron los porcentajes de la población de personas cuidadoras institucionales que presentan dificultades para acceder a programas de formación, específicamente por el alto costo y la disponibilidad de tiempo que su labor de cuidado les permite. La formación a personas cuidadoras es aún muy reciente; inaccesible para todos los que deciden formarse y para quienes necesitan de sus servicios. La persona cuidadora en las instituciones de larga estadía aprende este oficio realizando el entrenamiento junto a otros asistentes con más antigüedad, situación que se repite en el caso de las auxiliares de enfermería. Los establecimientos privados no incentivan la capacitación. (De los Reyes, 2001)

También se encontraron porcentajes importantes de personas cuidadoras en las cuatro ciudades, quienes reportaron la necesidad de empleo como el principal motivo para dedicarse a la actividad del cuidado (más del 20%).

En el cuidado institucional de las personas adultas mayores con diversos grados de dependencia se ha encontrado el papel de personas cuidadoras institucionales que desempeñan sus tareas en contacto directo con los ancianos, sin capacitación especializada, observándose entre el personal bajos sueldos y sobrecarga en las tareas. (De los Reyes, 2001)

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019, como parte de la línea estratégica sobre formación del talento humano establece líneas de acción, relacionadas con el desarrollo de planes de formación de recursos humanos en gerontología y geriatría, la formación de recurso humano técnico y auxiliar orientado al manejo de población adulta mayor dependiente y el desarrollo de estrategias de capacitación, soporte social y afectivo, dirigidas a las familias y personas cuidadoras de personas adultas mayores.

Con respecto a la oferta de programas de formación dirigidos a personas cuidadoras se encuentra que el programa de educación para el trabajo ofrecido por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), es una respuesta a la necesidad de formación de esta población y que tiene que ver con las dificultades encontradas en el estudio correspondientes a las dificultades para acceder a programas de formación.

De esto, el Ministerio de Salud y Protección Social divulga y refuerza los compromisos de fortalecer las competencias del recurso humano de las instituciones que atienden a personas adultas mayores, según los lineamientos establecido a través de la circular 0028 (Anexo 3) de agosto 27 del 2013.

d. Red de apoyo

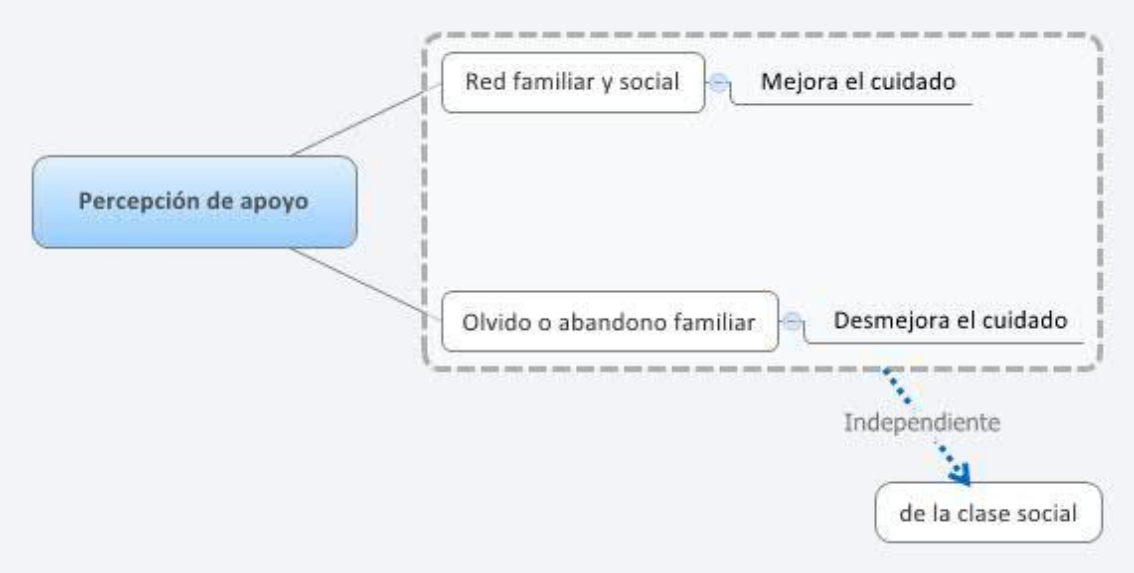
Una reflexión con respecto a las redes de apoyo y su importancia en la labor del cuidado institucional, en el trascurso de la investigación se evidenció que muchas instituciones no perciben las redes de apoyo, para ellos no existen. No obstante sí existe el apoyo social de la academia; la familia; la caridad; ciertos apoyos que ofrecen las Secretarias Municipales que se orientan a una labor de *fiscalización*; apoyos institucionales como el de los bancos de alimentos; y las ventajas que brinda tener usuarios institucionalizados que pertenecen al régimen de salud subsidiado o contributivo. Pero es imprescindible hacer la diferenciación entre Red Social y Apoyo, no todo lo que se percibe como apoyo es una red social.

> "*A grandes rasgos todos estos estudios confluyen en la importancia que tiene la red social para apoyar en los sucesos relevantes que ocurren en la trayectoria de vida de los sujetos. Se ha demostrado que percibir que se tienen personas cercanas que apoyan puede representar una diferencia abismal en la resolución de los problemas de la vida diaria, incluidos por supuesto los de salud-enfermedad. Por ejemplo, en los trabajos de pacientes con enfermedades crónicas y terminales, concretamente en el caso del cáncer, se ha encontrado que tener compañía y una red familiar y social bien establecida incrementa significativamente el bienestar emocional de los*

pacientes por encima de las diferencias de clase social o estatus socioeconómico" (Michael y cols., 2002). (JUARÉZ Ramirez, 2006, pág. 182)

Es relevante resaltar que la percepción de apoyo es primordial para la resolución de los problemas cotidianos y de las crisis. La red familiar y social son fundamentales en el cuidado de personas adultas mayores así estas se encuentren institucionalizadas puesto que el estado de ánimo puede mejorar o desmejorar según el apoyo, el olvido o el abandono familiar, indiferente al estatus o clase social de la persona mayor o de la institución de cuidado.

Grafico 38. Percepción de apoyo



Fuente: Equipo de investigadores proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

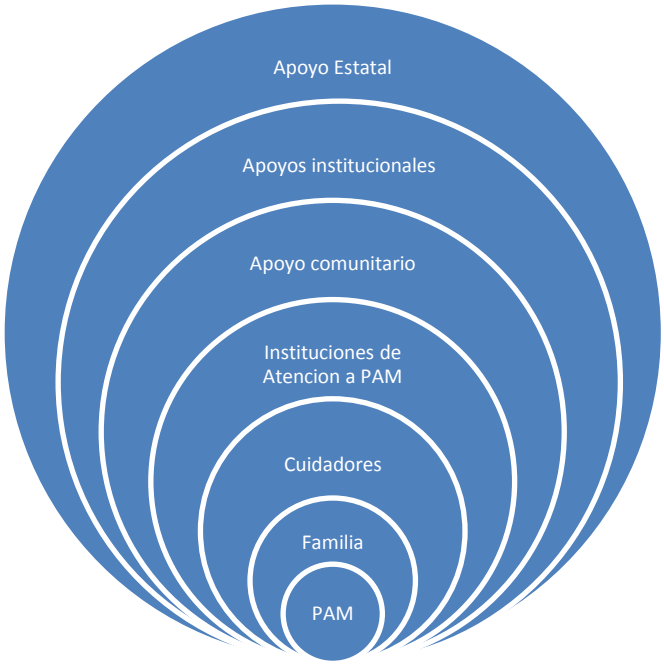
Para el caso de las instituciones de atención se conceptúa el apoyo social y la red social:

Tabla 12. Relación entre apoyo social y red social

APOYO SOCIAL	RED SOCIAL
Wethington y Kessler (1986). Para estos autores el apoyo social se define como la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo. Como podemos ver, se refiere a una categoría de orden subjetivo, a la percepción que nuestros sujetos tienen respecto de la posibilidad de tener ayuda en caso de necesitarla, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana como para resolver situaciones de emergencia. (JUARÉZ Ramirez, 2006, pág. 183)	Sluzki. […] es lo que define su *universo relacional.* Con esta primera idea, la red social puede definirse como: "*La suma de todas las relaciones* que una persona percibe como significativas… la red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Constituye una de las claves centrales de la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis" (Sluzki C., 1996:42). (JUARÉZ Ramirez, 2006, pág. 188)

Se proponen círculos de apoyo en la labor de cuidado que podrían tener una interrelación recíproca, lo que conformaría una red social efectiva para fortalecer las instituciones.

Grafico 39. Apoyo a la persona adulta mayor



Fuente: Equipo de investigadores: proyecto "Personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo"

Si estos círculos funcionan interrelacionada y recíprocamente se podrá afirmar que existe una RED SOCIAL DE APOYO AL CUIDADO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES, las siguientes pueden ser algunas de las labores de cada una de las instancias mostradas en el gráfico serían:

- Entidades Estatales: vigilar, prevenir, hacer cumplir las normas constitucionales de protección y prevención, gestionar y dar recursos para la labor del cuidado y ser el ente garante de la eficacia de la red social, ésta sería su labor más importante cuando a red nos referimos.

- Apoyos Institucionales, todas aquellas instituciones que están alrededor de la labor del cuidado y que de cierta forma se benefician de la misma como las academias, las EPS y ARP, ONGs, entre otras que deben hacerse participes directa o indirectamente de las labores del cuidado sin que esto signifique relaciones de caridad.
- Apoyos Comunitarios como lo son los voluntariados y las redes sociales vecinales mejoran el entorno institucional del cuidado y se encargan de la protección inmediata del mismo sin que esto signifique caridad.
- Instituciones de Atención a Persona Adulta Mayor, deben ser las garantes del buen cuidado y de la gestión del mismo con todos los otros participantes de la red, en muchas ocasiones las instituciones no aceden a beneficios por desconocimiento o por falta de gestión que convierte a muchas instituciones en *fantasmas* del cuidado.
- Las Personas Cuidadoras son la base fundamental del cuidado, ya sean estos institucionales o familiares, al llevar ellos la carga de las prácticas en la vida cotidiana del cuidado, no deberían ser gestionadores, deben ser protegidos y porque no, cuidados por las otras instancias antes mencionadas, y lo más importante, se debe hacer un reconocimiento a su labor que les permita tener beneficios como educación, recreación, salud: tratamientos terapéuticos diferenciados en psicología y en enfermedades laborales.
- La Familia es el bastión de apoyo de las personas adultas mayores, las que no tienen familia o fueron abandonados, el refugio debe ser los centros de atención y servicios creadas o financiadas por el Estado en cumplimiento de la ley.

Por todo lo anterior, el Estado, la academia, la familia de forma primera, deben propender por que la red de apoyo sea funcional en el cuidado de las personas adultas mayores, como dijo una interlocutora “se requiere de voluntad política” no es cuestión de caridad.

- La academia debe contribuir con la actualización de conocimientos de las personas cuidadoras que están en instituciones que ofreces espacios a sus practicantes.

- El SENA es la institución llamada a realizar el reconocimiento académico a las personas cuidadoras con experiencia
- Se debe realizar un trabajo de concientización con las familias de las personas adultas mayores para que no se olviden de los suyos y esto debe partir del Estado, Academia y de las instituciones encargadas del cuidado, en un trabajo en red.
- El Estado debe garantizar que todos los gobiernos locales gestionen la estampilla, no debe ser un querer local si no una obligación nacional
- El Estado debe mejorar las condiciones de vida de las personas cuidadoras, ejerciendo control de las instituciones en la sobrecarga laboral: horarios de trabajo, y sueldos justos. Capacitándolos buscando formas cómodas para que ellos puedan trabajar y estudiar.

El Estado es el llamado a generar las redes de apoyo que benefician las instituciones del cuidado, evitando la caridad.

No obstante la participación por parte de las personas cuidadoras en grupos sociales relacionados con la actividad de cuidado fortalece su labor y genera los efecto de la asociación efectiva que menciona Sluzki, en los resultados de la encuesta se encontró que el principal grupo en el que participan las personas cuidadoras son los grupos religiosos. El 65% en Bogotá reportaron participar en un grupo que aborda el tema del adulto mayor, para las otras ciudades esta participación es menor. Más del 55% de las personas cuidadoras ha experimentado la pérdida de una de las personas adultas mayores a su cuidado, más del 70% reportó no haber recibido ninguna clase de apoyo por parte de la institución.

9. DISCUSIÓN

En este informe se realiza una aproximación a la conceptualización del Cuidador Institucional de Personas Mayores, refiriéndose a aquella persona con experticia y preparación académica para ejercer la labor del cuidado de forma asistencial (cuida), existencial (mejora los sentires de los otros) e instrumental (conoce los protocolos de salud). Es aquella persona que mejora las prácticas del cuidar fortaleciendo la idea de bien; este hallazgo es coherente con la expectativa generada del cuidador según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2010 en el capítulo 17 sobre el lugar del cuidador como mecanismo de respuesta para cuidar a la creciente población mayoría según datos DANE. Igualmente en el informe de resultados de la ENDS 2010 se mencionan tres situaciones que motivan el estudio de aspectos relacionados con la población mayor de 60 años, entre estas se expone la situación señalada por la CEPAL sobre la "transformación acelerada de la demanda de cuidados de las personas dependientes por motivos de salud dentro de los hogares", así como los hogares y cuidados geriátricos institucionales. Así pues que las instituciones de cuidado y por tanto los personas cuidadoras son actores importantes en la transición demográfica que está viviendo el país. (ENDS 2010).

Es importante por tanto reconocer a partir de este estudio, las características del quehacer del cuidador y su percepción sobre la labor que realiza, el cuidador se ha convertido en una persona de detalles, el más mínimo hace la diferencia entre un buen cuidado y un descuido, por lo cual se caracteriza por ser paciente y su experiencia le permite conocer y reconocer los factores que caracterizan la disminución de las capacidades físicas y mentales de las personas sujetas del cuidado; el reconocimiento de estos factores por parte de las personas cuidadoras está en concordancia con las tres características de dependencia inherentes al cuidado que plantea la OMS en su Modelo de Envejecimiento Activo, donde además de las ya mencionadas por las personas cuidadoras, advierte sobre la necesidad de asistencia y la incapacidad para realizar las AVD. (OMS 2002)

Para García y De los Reyes el cuidador institucional es aquélla persona con o sin capacitación (cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia) que supervisan, apoyan la realización de las AVD y brindan atención preventiva asistencial y educativa a la persona mayor y a su núcleo familiar. (García, 2010) (Delos Reyes, 2001).

Retomando esta definición por componentes, el primero hace referencia a la capacitación de las personas cuidadoras, es este aspecto, entre las características sociodemográficas y económicas de las personas cuidadoras en la cuatro ciudades principales se encontró que el nivel de educación y capacitación de la mayoría es nivel técnico, el principal programa de formación técnica que han recibo las personas cuidadoras es auxiliar de enfermería. Es importante reflexionar sobre la formación específica para el cuidado a las personas mayores, porque más del 70% de los encuestados en las cuatro ciudades reportaron no haber recibido educación formal en cuidados de las personas mayores y más del 45% de reportaron no haber recibido formación para el trabajo en este tema.

Un segundo aspecto de la definición aportada por García y De los Reyes, es el apoyo en la realización de AVD por parte de las personas cuidadoras, el presente estudio ratificó esta afirmación encontrando que más del 90% de los participantes reportaron como principales actividades a cargo en las instituciones de cuidado de la persona mayor el baño, la alimentación y el suministro de medicamentos (AVDB).

Continuando con Garcia y De los Reyes, ellos también afirman que la labor de las personas cuidadoras institucionales tiene un campo de acción que cubre el hospital de día, centros de jubilados y residencias geriátricas; su intervención genera un costo y un tiempo de dedicación especifico (García, 2010) (Delos Reyes, 2001). Un aspecto importante de esta afirmación es el costo que genera la participación de un cuidador institucional en el cuidado de las personas mayores, a este respecto se encontró que el 69.8% de las personas cuidadoras en Bogotá recibe entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes –SMMLV -, en Cali el 55.7%, en Medellín el 85.8% y en Barranquilla el 75%.

Otro aspecto de la afirmación de García y De los Reyes es el tiempo de dedicación especifico, considerando los elementos de la caracterización sociodemográfica que dan cuenta de este aspecto, se logró evidenciar que el 70% de los encuestados por ciudad reportaron trabajar semanalmente 40 horas o más, en los casos donde los dueños son las personas cuidadoras también el horario de trabajo no es de dedicación específica, este aspecto y la sobrecarga laboral fue profundizado en la indagación sobre las percepciones donde se logró identificar elementos de la sobrecarga relacionados con la salud de las personas cuidadoras que se ven reflejadas en problemas musculares, de huesos, circulatorios; mentales, entre otros.

En la legislación colombiana se encuentra una extensa normatividad que enmarca las competencias, obligaciones y orientaciones para las instituciones, para los servicios y para las personas que se encargan del cuidado de personas mayores y de cuyo cumplimiento depende el otorgamiento de licencias de funcionamiento institucional; en el recorrido que se realizó por las cuatro ciudades principales del país se evidencio, desde una indagación cualitativa, que las instalaciones en instituciones pequeñas con poco desarrollo, no están acorde con las reglamentaciones exigidas para el funcionamiento, por ejemplo, en la mayoría de hogares geriátricos que son casas donde el mismo dueño vive, los espacios son reducidos y no existen pasamanos, ni rampas; las puertas no cumplen los estándares y el número de personas cuidadoras es insuficiente, no se puede hacer prevención, factor esencial para evitar problemas de salud de las personas cuidadoras y de los mismos usuarios.

En el informe de la OMS “Nuevos métodos de la educación sanitaria en la atención primaria en salud” en el contexto de la higiene del trabajo, se afirma que los métodos que establecen asociación efectiva con la gente aseguran la participación plena de los trabajadores en programas de atención en salud, además los estimulará a interesarse más por su propia salud y adoptar estilos de vida más saludables. (OMS 1985), es importante considerar la socialización de esta recomendación de la OMS ya que en el capítulo sobre discapacidad y funcionamiento en la caracterización de las personas cuidadoras se encontró que esta población está presentando dificultades para realizar sus

actividades diarias, en Bogotá el 15.6% de los encuestados, reportó dificultad física para hacer actividades en la casa, seguido del 15.4% en Barranquilla, el 10.9% en Cali, y el 5.6% en Medellín. De igual forma en Bogotá, Cali y Barranquilla más del 10% reportó presentar dificultad física para realizar actividades diarias, en tanto Medellín menos del 5% reportó está dificultad. Más del 98% de los participantes, no requiere de aparatos para escuchar mejor. Más del 20% en todas las ciudades usa o ha usado gafas u otros equipos para ver mejor. Sin embargo, más del 7% reportan continuar con dificultad para ver bien aún con aparatos.

Una asociación efectiva que propenda por la protección a las personas cuidadoras y auxiliares de enfermería para que ellos atiendan de forma adecuada a sus pacientes asegurará la participación plena de los encargados de la labor del cuidado institucional, para lo cual se hace necesario una red de apoyo que involucre la mayoría de centros de atención con entes de control y organizaciones de participación social. Retomando el concepto de Sluzki, las red social se constituye en una de las claves centrales de la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki C., 1996); Sin embargo, como se dijo en páginas anteriores las redes de apoyo en su mayoría son incipientes y no favorecen, muchas instituciones son islas.

Limitaciones del estudio

Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS - apoyado en la normatividad vigente, que tiene como objeto, entre otros, promover los planes de mejoramiento, para fortalecer y actualizar los sistemas de información de orden local o nacional (PNEV 2007 – 2019), ha hecho importantes esfuerzos por recoger información sobre las instituciones de cuidado a personas mayores según instrumento "*Identificación de la situación de las instituciones de promoción y protección social para personas mayores"*, encuesta enviada en agosto 2013 (Anexo 4) por la Oficina de Promoción Social a las Secretarias de Salud Departamentales, Distritales y Municipales del país, los datos que han sido enviados al MSPS desde las ciudades de Cali, Bogotá DC, Medellín y Barranquilla tienen imprecisiones que dificultan la construcción de un marco muestral óptimo para el ejercicio

de caracterización de las personas cuidadoras. Según Cochran (1996) en el muestreo por conglomerados no se dispone de marco muestral de las unidades últimas pero si de conglomerados y el costo de construir un marco sobrepasa los del estudio, en este caso el marco de los conglomerados era deficiente en cada ciudad, este hallazgo constituye un resultado colateral al estudio sobre personas cuidadoras institucionales.

En el mismo diseño de muestreo se hizo necesario no solo identificar o listar los conglomerados sino calcular un tamaño aproximado de la población de personas cuidadoras institucionales. En este punto, se presentaron varios inconvenientes, además de no tener información precisa sobre las instituciones, la encuesta que estas deben diligenciar para suministrar la información no visibiliza a las personas cuidadoras, el capítulo de recurso humano solo pregunta por la ocupación del personal (Director, Auxiliares de Enfermería, Enfermera, Fisioterapeuta, Gerontólogo, Medico, Nutricionista, Servicios Varios, Psicólogo, Terapista Ocupacional), lo que hace difícil cuantificar las personas cuidadoras en las instituciones y calcular un promedio cercano a la realidad. En el diseño de muestreo se tomó el promedio de la cantidad de auxiliares de enfermería y enfermeras; de gerontólogos y de servicios varios, sin embargo al iniciar el trabajo de campo se encontró un promedio mucho menor y una alta variabilidad lo que condujo a ajustar en repetidas ocasiones el valor poblacional.

Otro hallazgo no esperado de la investigación se dio en el trabajo de campo, durante el diligenciamiento del instrumento (ficha sociodemográfica) se tuvieron serias dificultades respecto al ítem de tipo de contratación que las personas tienen con la institución, fue muy difícil indagar este aspecto debido al desconocimiento de los participantes respecto al vínculo que tiene con la institución y las implicaciones del mismo, de acuerdo a los conceptos que publica en su página web el Ministerio de Trabajo, para que exista un contrato deben cumplirse tres elementos esenciales descritos en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo:

1- *La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo;*
2- *La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador, que faculta a éste para exigirle el cumplimiento de órdenes, en*

cualquier momento, en cuanto al modo, tiempo o cantidad de trabajo, e imponerle reglamentos, la cual debe mantenerse por todo el tiempo de duración del contrato. Todo ello sin que afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador en concordancia con los tratados o convenios internacionales que sobre derechos humanos relativos a la materia obliguen al país.

3- *Un salario como retribución del servicio. (*Artículo 23 de Código Sustantivo del Trabajo)

Sin embargo, aunque en ocasiones era difícil evidenciar las tres características esenciales en la vinculación de las personas cuidadoras, estos afirmaban tener un contrato laboral indefinido, lo que implica que adicional a las características mencionadas en el Art 23, el empleador debe pagar las prestaciones sociales, lo que no ocurría en la mayoría de los casos.

De manera similar a lo encontrado sobre la vinculación laboral ocurrió al tratar de establecer la afiliación al Sistema de Seguridad Social de los participantes, a pesar que los encuestadores tuvieron capacitación y contaban con un manual de campo para explicar las diferencias entre los diferentes regímenes en Colombia los encuestados no podían identificar si hace o no aportes a la seguridad social y fue necesario recurrir a varios encuentros para definir el régimen de salud, la EPS, el fondo de pensiones y la ARP, encontrando que en muchos casos que no estaban afiliados a una EPS en el régimen subsidiado ni contributivo.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en la caracterización de la situación actual y las redes de apoyo de las personas cuidadoras en Cali, Bogotá D.C, Medellín y Barranquilla, muestran dinámicas en las prácticas de cuidado y tendencias sociodemográficas de quienes se desempeñan realizando las actividades de cuidado a personas adultas mayores, permitiendo así, leer particularidades en cada una de las cuatro ciudades sobre algunos aspectos evaluados y en otros hacer lecturas similares entre ellas. Teniendo presente en todo momento del análisis que el alcance de este estudio es exploratorio, y por tanto su ambición investigativa es mostrar la presencia de un objeto de estudio y motivar la realización de una investigación descriptiva con rigor metodológico que permita describir la situación actual del cuidado institucional a personas adultas mayores en Colombia.

En primera instancia se observa que en las instituciones no se diferencian los roles de las personas que brindan cuidados a las personas adultas mayores, entre las nominaciones de médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, terapistas ocupacionales, auxiliares, etc, se hace invisible el quehacer de aquellas personas que se desempeñan como personas cuidadoras, entendiendo por éstos últimos a quienes se encargan de apoyar y supervisar a las personas sujeto de cuidado en la realización de las actividades de vida diaria básicas, instrumentales y/o avanzadas. Adicionalmente la población de personas cuidadoras institucionales identificada en las cuatro ciudades contempladas en el estudio, han recibido muy poca capacitación y formación profesional en cuidados específicos de personas mayores de 60 años, dejando en un lugar indefinido el deber ser de estas personas cuidadoras.

Sin embargo la situación evidenciada en cada una de las cuatro ciudades a lo largo de la presentación de los resultados del estudio, se contrapone la normatividad existente en el Estado Colombiano que precisa sobre las condiciones que deben cumplir los centros de protección, centros día e instituciones de atención a personas adultas mayores para garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad; para el equipo de investigación esta problemática evidenciada puede abordarse inicialmente con una

revisión y ajuste de las herramientas existentes, de manera que sean suficientes para vigilar, controlar y garantizar el cumplimiento de la normatividad en las instituciones.

Por otro lado se espera que el análisis de resultados y las conclusiones de este estudio muestren el bache informativo sobre el cuidado y las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores, motivando a los investigadores para generar conocimiento entorno al compromiso de la academia y el Estado con los retos del fenómeno del envejecimiento de la población colombiana, enmarcados en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Es necesario contar con una investigación de alcance descriptivo que permita establecer un diagnóstico situacional completo para Colombia, para generar estrategias, a corto, mediano y largo plazo, para establecer y fortalecer las herramientas de vigilancia y control, en los diferentes entes territoriales, que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social que deben cumplir los centros de protección, los centros día y las instituciones de atención a personas mayores.

En este primer ejercicio exploratorio se alcanzaron a evidenciar necesidades sentidas como: mejorar las condiciones de empleo de las personas dedicadas al cuidado, brindar desde las entidades estatales formación específica a cuidadores y cuidadoras en buenas prácticas del cuidado de personas adultas mayores y reconocer el oficio de las personas dedicadas al cuidado. En este último aspecto también es pertinente que se cree dentro del capítulo de recurso humano de la encuesta de actualización y seguimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, la figura de las personas cuidadoras para diferenciar su nominación del resto del talento humano y visibilizarlos en los centros de protección, los centros día y las instituciones de atención a personas mayores.

11. BIBLIOGRAFIA

ACHURY D, CASTAÑO H, GÓMEZ L, GUEVARA N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial DEPENDENCIA. Investig En Enferm Imagen Desarro [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 9];13(1). Available from: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632

ALCALDÍA DE MEDELLÍN. (s.f.). *Centro vida gerontológico.* Recuperado el 05 de 02 de 2014, de Alcaldía de Medellín: http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2013/Centros%20Vidas%20Gerontol%C3%B2gicos%202013.pdf

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52ª Asamblea General. Edimburgo, Escocia: Organización Mundial de la Salud; 2000.

BARRERA, L. PINTO, N. SÁNCHEZ, B. Index de enfermería - Caring for Caregivers: a support program to family people with chronic illness [Internet]. [cited 2013 Sep 25]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

BLANCA JJ, LINARES M, GRANDE M, DEL CARMEN M, HIDALGO-PEDRAZA L. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. Aquichan. 2012;12(3):213–27.

CALLEJO, J. (10 de 2002). *Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación*. Recuperado el 15 de 01 de 2014, de Revista Española de Salud Pública: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500004

CARDONA D. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Investig Andina. 2011;178–93.

CONFERENCIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Madrid; Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo ; Semfyc; 2007.

CISTERNA, C. F. (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa.* Recuperado el 10 de OCTUBRE de 2013, de http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf

CRESPO M, LÓPEZ J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar.”Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA E IMSERSO - Guía de cuidados. (n.d.). Ser Cuidador - Retrieved November 21, 2013, from http://www.sercuidador.es/Ley-de-dependencia.html

DANE. Cuenta satélite de la economía del cuidado [Internet]. 2013 [citado 14 de julio de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/EcoCuiResultadosFase1.pdf

DE LOS REYES M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Conf Present En IV Reunión Antropol Mercosur Foro Investig Envejec Poblac En El Mercosur Bras [Internet]. 2001 [cited 2013 Oct 2]. Available from: http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf

DEPARTMENT OF HEALTH, U. K. (2008, July 16). End of Life Care Strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life.

DISCAPACIDAD [Internet]. [cited 2013 Sep 27]. Available from: http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad

EL CONCRESO DE COLOMBIA. (05 de 01 de 2009). *LEY No. 1276.* Recuperado el 11 de 02 de 2014, de MinSalud: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201276%20DE%202009.pdf

EL CRECIENTE NÚMERO DE ADULTOS MAYORES CREA INQUIETUDES PARTICULARES EN MATERIA DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS [Internet]. [cited 2013 Sep 25]. Available from: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=869&catid=687:par.05salud-familiar-y-comunitaria&itemid=255

ESCOBAR L, AFANADOR N. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer Family caretaker quality of life and dependence of the patient with Alzheimer disease Qualidade de vida do cuidador familiar. 2010 [citado 7 de julio de 2014]; Recuperado a partir de: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_12.pdf

El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar Texto & Contexto Enfermagem, abril-junho, año/vol. 17, número 002 Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis-SC-, Brasil.

ESPAÑA D. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. 2008 [cited 2013 Oct 2]; Available from: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf

ESPÍN AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cuba Salud Pública. 2008;34(3):0–0.

ESQUIVEL V. El cuidado en los hogares y las comunidades. DERECHO, GÉNERO E IGUALDAD. 2013;42.

GARCÍA-CALVENTE M. LOZANO M, y EGUIGUREN A. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. 2007 Nov [cited 2013 Oct 2];44. Available from: http://www.opikertu.org/dmdocuments/Ingu_44.pdf

GARCÍA J. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. Imserso; 2010 [cited 2013 Sep 27]. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xJma39KfQfIC&oi=fnd&pg=PP1&dq=%22Factores+sociodemogr%C3%A1ficos+y+contexto+social+del+cuidado%22+%22La+edad+y+los+ciclos+familiares%22+%22El+cuidado+formal:+definici%C3%B3n+y%22+%22Tipos+de+relaci%C3%B3n+entre+cuidado+formal+e+informal+en+los+hogares%22+&ots=QMAzaFB5_m&sig=BUSNnKs_8--LGo3EPchInnchXsY

GIRALDO, C. Calidad de vida de los cuidadores familiares - Dialnet [Internet]. [citado 7 de julio de 2014]. Recuperado a partir de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2360228Molina CIG, Agudelo GMF. REVISTA AQUICHAN-ISSN 1657-5997.

GIRALDO CI, FRANCO GM, CORREA LS, SALAZAR MO, TAMAYO AM. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005;23(2):7–15.

GUZMÁN J, HUENCHUAN S, MONTES DE OCA V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponen Present En Simp Viejos Viejas Particip Ciudad E Inclusión Soc [Internet]. 2003 [cited 2013 Sep 25]. p. 14–8. Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf

GUZMÁN JM, HUENCHUAN S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Reunión Expert Santiago Chile CELADE-CEPAL [Internet]. 2005 [cited 2013 Oct 23]; Available from: http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/7/Politicas%20hacia%20las%20familias.pdf

HM Government, U. K. (2008, June 10). Carers at the heart of 21st-century families and communities.

HM Government, U. K. (2012). *Caring for our future: reforming care and support.* London: Stationery Office.

HM Government, U. K. (2010, November 25). Recognised, valued and supported: next steps for the Carers Strategy.

HUENCHUAN, S. ROQUÉ, M y ARIAS, C. Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?.pdf [Internet]. Naciones Unidas; 2009. Available from: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf

LA NOCIÓN DE REPRESENTACIÓN SOCIAL, Resumen del capítulo realizado por Guillermo Peimbert. Jodelet, Denise (1986). "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En: Moscovici, 1986. pp 469-494. http://www.paginasprodigy.com/peimber/rs.pdf

MELGUIZO, E. y. (2008). *Procesamiento de la información desde la triangulación de los mundos de percepciones.* Recuperado el 12 de 01 de 2014, de Universidad Nacional de Colombia : http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_12.pdf

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO. (12 de 2010). *Apoyo a la Gestión Tributaria de las Entidades Territoriales.* Recuperado el 25 de 01 de 2014, de Boletín No. 24 • Bogotá, D. C., diciembre de 2010: http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/asistenciaentidadesterritoriales/Publicaciones/Boletines/Boletin%20No_24.pdf

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editors. Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. 1.ª edición. España; 2005 [cited 2013 Oct 24]. Available from: http://www.uclm.net/to/enfermeria/enfermeria/pdf/programa0910.pdf#page=225

MIRALLES R, ESPERANZA A., y EGUIGUREN, A. Anexo 1: Instrumentos y escalas de valoración.pdf. Soc Esp Geriatría Gerontol. España: Tratado de geriatría para residentes. Internacional Marketing & Comunication; 2006. p. 771–89.

MONTALVO A, FLÓREZ I. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). 2008 Jul;Vol. 24, N° 2, 2008.

MONTES, V. (12 de 12 de 2002). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. Recuperado el 12 de 11 de 2013, de CEPAL : http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

NIETO, H. (2000). *La salud laboral: la salud de los trabajadores de la salud .* Recuperado el 20 de 12 de 2013, de Facultad de Medecina Universidad de Buenos Aires: http://www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf

OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL. Envejecimiento Demogràfico Colombia 2013.pptx. Bogota; 2013.

OMS. (10 de 2012). *Caídas.* Recuperado el 15 de 12 de 2013, de OMS: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/

OMS. (1985). *Identificacion de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para convatirlas.* Recuperado el 05 de 01 de 2014, de Serie de Informes Tecnicos 714: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_714_spa.pdf

PEÑA, D., HERAZO, M., & CALVO, J. (12 de 2009). *Depresión en ancianos.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia: http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf

PERIS, M. (1986). *GEROGOGÍA: Una pedagogía para la etapa post-laboral*. Recuperado el 15 de 12 de 2013, de RACO (Revistes Catalanes amb Accés Obert): http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42165/90058

POR LA CUAL SE RECONOCE AL CUIDADOR FAMILIAR EN CASA PARA ... | Proyectos de Ley | Congreso Visible [Internet]. [cited 2013 Sep 25]. Available from: http://www.congresovisible.org/proyectos-de-ley/por-la-cual-se-reconoce-al-cuidador-familiar-en-casa-para-personas-en-estado-de-dependencia-se-modifica-parcialmente-la-ley-100-de-1993-y-se-dictan-otras-disposiciones/1686/#tab=2

QUINTERO, M. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. CAP 3, OPS 2011 segunda edición.

ROBLES S. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar.Texto & Contexto Enfermagem, abril-junio, año/vol. 17, número 002 Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis-SC-, Brasil.

SCHNAITH, N. Los códigos de la percepción del saber y de la representación de una cultura visual. Tipográfica, Volumen 4, Editorial Ediciones de Diseño, Bs. As., abril de 1988, pp. 27-29. 1988. consultado en el 2010, en UNNOVA http://www.diseño.unnoba.edu.ar/wp-content/uploads/codigos-de-percepcion.pdf

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: http://siet.mineducacion.gov.co/consultasiet/programa/buscar.jsp?control=0.8274199640348192

SNIES - Sistemas información [Internet]. [citado 27 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-propertyname-2672.html

SOJO A. Seminarios y conferencias. Santiago [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 2]; Available from: http://www.giz-cepal.cl/files/S67SC-L3392e.pdf

TÉCNICOS PARA ASISTIR AL ADULTO MAYOR: PRIORIDAD EN EL PAÍS | Aprendices | Inclusión Social | Periódico SENA [Internet]. [citado 27 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: http://periodico.sena.edu.co/inclusion-social/noticia.php?t=tecnicos-para-asistir-al-adulto-mayor-prioridad-en-el-pais&i=1124

VALENCIA, L. (2011). *HACIA UNA METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS TERRITORIO.* Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia : Universidad del Pacífico.

VARGAS, L. 1994. Sobre el concepto de percepción. En, Revista Alteridades. Consultado el 2010 en, http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf

VEGA-ANGARITA O. Family Caregivers of Chronically III Patients. Aquichán. 2011;11(3):274–86.

VENEGAS J, CLAVERO F. Variables cognitivas y socioculturales que intervienen en la relación cuidador informal y persona mayor dependiente. 2011 [cited 2013 Sep 25]; Available from: http://hera.ugr.es/tesisugr/17925083.pdf